Р. А. ЛУРИЯ

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНЕЙ И ИАТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Р. А. ЛУРИЯ

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНЕЙ И ИАТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Издание четвертое



МОСКВА. «МЕДИЦИНА». 1977

УДК 616-02:614.253.8

ЛУРИЯ Р. А. **Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания**. М., «Медицина», 1977, 111 с.

Книга посвящена анализу путей целостного клинического исследования больного и проблеме иатрогенных заболеваний. Автор, исходя из лучших традиций русской и советской медицины, подчеркивает значение клинического исследования больного и его личности. Он вводит понятие «внутренней картины болезни» — как больной представляет и переживает свою болезнь, как оценивает ее симптомы и перспективу излечения, указывает на необходимость изучения врачом этой картины и обязательного учета ее в диагностике и лечении больных с такими заболеваниями, как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, пищеварительного аппарата и эндокринопатии. Написанная более четырех десятилетий назад книга не утратила своего значения в наши дни и представляет несомненный интерес для современного поколения врачей.

Л $\frac{50900-177}{039(01)-77}$ **104—76**

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИБ № 116

ЛУРИЯ РОМАН АЛЬБЕРТОВИЧ

Внутренняя картина болезней
и иатрогенные заболевания

Редактор **С. В. Нарина**
Художественный редактор **О. Л. Лозовская**
Технический редактор **Н. В. Лехачёва**
Корректор **Т. Р. Осипова**
Обложка художника **А. В. Шиловской**

Сдано в набор 30/XI—76 г. Подписано к печати 31/XII—76 г.
Формат бумаги 84×108 1/32 3,50 печ. л.
(условных 5,88 л.) 6,28 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2
Тираж 15 000 экз. МН-74 Цена 39 коп.

Издательство «Медицина». Москва. Петроверигский пер., 6/8
Заказ № 1763. Типография № 32 Союзполиграфпрома
Государственного комитета Совета Министров СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
Москва, К-51, Цветной бульвар, 26

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние 20—25 лет медицина — едва ли не самая гуманная из всех наук — прошла путь огромного развития. Оно во многом связано с научно-техническим прогрессом, свидетелями которого мы все являемся.

Еще немного лет назад возможность точного диагноза инфаркта миокарда, проводимого с помощью современной аппаратуры на расстоянии многих десятков, а иногда и сотен километров от больного, или наблюдения за изменением работы сердечно-сосудистой системы человека, находящегося в космосе, — казались несбыточной мечтой, сюжетом фантастического романа; сейчас такая диагностика — реальный факт. Еще поколение назад возможность исследования сосудов сердца с помощью введения в них контрастного вещества — коронарография — была немыслимой; сейчас она вошла в повседневную практику ведущих лечебных учреждений. Еще два—три десятилетия назад такие методы топической диагностики заболеваний мозга, как радиоизотопное сканирование, не говоря уже об артериографии сосудов мозга, считались мало осуществимыми, — сейчас они прочно вошли в практику нейрохирургических клиник. Величайшее значение научно-технического прогресса для медицины несомненно.

Однако было бы большой ошибкой думать, что все это дает врачу возможность передоверить диагностику лабораторным методам исследования, считать, что они могут заменить взгляд умного врача-клинициста, который видит больного в целом, учитывает его индивидуальные особенности, понимает, как больной переживает свою болезнь, как он относится к перспективе излечения.

То значение, которое имеет личность больного для течения болезни, слово врача, которое может оказать серьезное влияние на судьбу больного, — все это продолжает играть первостепенную роль в правильной оценке болезни, в ее диагнозе и прогнозе, позволяет лечить не только болезнь и ее симптомы, а больного.

Вот почему проблемы психосоматики, иначе говоря, проблемы влияния психики на болезнь и учета той роли, которую играют нервные процессы в развитии заболевания — традиции «нервизма», были и остаются ведущими в гуманной русской и советской медицине.

Вот почему целостное клиническое исследование больного сохраняет свою решающую роль в медицине и было бы в равной мере величайшей ошибкой как отходить от этих гуманных традиций, подменяя их лабораторными исследованиями, так и отказываться от применения в медицине грандиозных успехов научно-технического прогресса.

Предлагаемая книга одного из крупных советских терапевтов — профессора Р. А. Лурия, столетие со дня рождения которого отмечалось в 1974 г., посвящена именно этой проблеме — анализу путей целостного клинического исследования больного.

Предлагаемая книга с большой остротой ставит вопрос о возможности иатрогенных заболеваний — заболеваний, которые могут возникнуть от неосторожного слова врача и которых можно было бы избежать, если обратить внимание врача на то огромное влияние, которое оказывает его слово на отношение больного к своей болезни, а вместе с тем и на течение всего заболевания.

Положения, которые убедительно освещены в этой книге, стали сейчас общепринятыми; однако не следует игнорировать тот факт, что они нередко недостаточно учитываются практическим врачом.

Предлагаемая книга была написана в 1935 г. и переиздана в 1939 и 1944 гг. С тех пор она стала библиографической редкостью. Некоторые положения этой книги можно было бы уточнить и иначе сформулировать, но основная идея этой книги остается правильной и важной для современного клинического подхода к больному.

Вот почему оправдано издание монографии Р. А. Лурия через 42 года, истекшие после первой публикации.

Нет сомнения, что она окажется полезной и для современного поколения врачей.

Академик АМН СССР проф. *Е. И. Чазов*

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Два обстоятельства привели меня к мысли написать эту книгу. Долголетнее преподавание врачам патологии, клиники и терапии внутренних болезней убедило меня в том, что по мере успехов инструментального и лабораторного исследования больных у терапевта часто *все больше и больше отходит на задний план изучение субъективных ощущений*, а главное, **личности больного.** Центр внимания врача переносится больше на лабораторию, на рентгенологическое исследование, а ощущение больного, динамика этих ощущений недооцениваются, иногда целиком выпадая из внимания врача. Об этом удачно сказал Штрюмпель. «Наша наука, — говорит он, — в результате увеличения числа диагностических вспомогательных методов стала в руках отдельных врачей скорее лабораторной наукой, чем частью практической и прикладной биологии. Успехи механизирования, титрования, фильтрования, колориметрирования и тому подобных методов приводят к тому, что молодой врач иногда почти забывает о самом больном». Эти иронические слова старого клинициста как нельзя лучше характеризуют эпоху абстрактного аналитического мышления в медицине, — мышления, развившегося в результате больших достижений морфологии и эксперимента, с одной стороны, и медицинской техники — с другой.

Крупнейшие успехи медицины привели, особенно молодые поколения врачей, как это ни странно, к весьма упрощенному представлению о болезни. Понимание динамической реакции организма в результате экзогенных и эндогенных патогенетических факторов, влияющих на него, уступило место простому механическому подходу к больному, основанному не на синтезе всех данных врачебного наблюдения, а на отдельных фактах, на анализах разных категорий, воспринимаемых часто лечащим врачом без достаточной критики. Отсюда вытекает то, что я называю «коротким замыканием» врачебного мышления, когда, например, повышенная кислот-

ность и скрытая кровь в желудочном содержимом или в испражнениях отождествляются с распознаванием язвы желудка, эозинофилия в крови — с глистами, альбуминурия — с нефритом и т. д. Отсюда целый ряд ошибок в диагностике, отсюда невозможность правильно распознавать заболевание, особенно в ранних стадиях развития его.

Показать, какое значение имеет **изучение внутреннего мира больного** для диагноза болезни, заострить внимание врача на острой проблеме соотношений между соматическим и психическим, поставить во весь рост перед врачом вопрос о необходимости планового исследования больного, не только аналитического, но и синтетического, является содержанием первой части этой книги.

Второе обстоятельство, заставившее меня взяться за перо, вытекает целиком из первого. Недооценка переживаний больного и психики его приводит врачей к недостаточно осторожному обращению с больными. Мы, конечно, далеко ушли от тех времен, когда врачи, как древние авгуры, облекали непроницаемой тайной свое искусство лечить больного человека. Больной чаще всего должен знать и сущность и происхождение своей болезни, но едва ли в достаточной мере оценивается тот вред, который могут принести при этом больному недостаточно осторожное поведение врача и помощников его, недооценка влияния всей медицинской обстановки на психику больного. Этот вред, как учит опыт, тем значительнее, чем больше авторитет врача, чем больше доверие к нему больного. Гиппократ в трактате о поведении врача («peri euschemosines») подробно останавливается на этой стороне врачебного дела и говорит: «Все, что надо делать, делай спокойно и умело, так, чтобы больной мало замечал то, что ты делаешь. Его надо, когда это следует, одобрить дружеским, веселым, участливым словом; надо думать только о больном; в случае необходимости строго и твердо отклоняй его требования, но в другом случае окружи больного любовью и разумным утешением; но, главное, оставь его в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает. Ибо некоторые больные вследствие этого, — я имею в виду неосторожное сообщение и предсказание в отношении того, что грозит им, — решаются на крайние поступки (самоубийство)» (Anst; XVI).

Мы, разумеется, не всегда идем с Гиппократом; мы не можем и здесь целиком следовать его поучениям, однако несомненно, что совет мудрейшего из врачей, от которого нас отделяют два с половиной тысячелетия, в отношении *осторожного обращения с психикой больного* обязателен для врача и в наше время не меньше, чем во времена Гиппократа. Ведь наш больной достаточно грамотен, хорошо разбирается в документах, и хуже всего то, что он очень склонен делать из них и из слов врача далеко идущие выводы, не оправдываемые истинным положением вещей.

Вот почему недостаточно бережное отношение врача к психике больного, к его внутреннему миру, недостаточно строгое и требовательное отношение к себе, когда дело идет о контакте с больным, недооценка врачом значения своих слов и всего своего поведения легко ведет к психической травме, в результате которой может возникнуть *психогенным* путем целый ряд соматических расстройств и заболеваний.

Эти заболевания известны под именем иатрогенных (iatros — врач), т. е. *таких, где врач является причиной болезни*. Разумеется, дело идет о случаях, когда врач, не только не желая, но и не сознавая этого, становится источником тяжелых переживаний своего больного, принимающих иногда характер соматического заболевания. Опыт учит, что число таких иатрогенных заболеваний достаточно велико, что практически они ведут часто к понижению или даже к потере трудоспособности. Иногда они легко распознаются и требуют больших усилий со стороны других врачей для ликвидации результатов психической травмы, нанесенной больному совершенно невольно врачом или вспомогательным персоналом.

Моя небольшая книга «Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов», в которой я постарался наметить основные пути и механизмы происхождения иатрогений, вызвала большой интерес в широких массах врачей и показала актуальность поставленной проблемы.

Я считаю, что эти вопросы — *изучение субъективной картины болезни и иатрогенные заболевания* — представляют собой две стороны одного дела — правильного подхода врача к изучению *личности* больного человека, что я в порядке поста-

новки вопроса и попытался изложить в настоящей работе. Здесь развернуты только основные установки проблемы, которую я считаю одинаково важной и с теоретической, и с практической стороны. Разработать методику углубленного исследования того, что я позволю себе назвать «внутренней картиной болезни», изучить механизмы иатрогений, вскрыть закономерность происхождения их, будет делом длинного ряда дальнейших исследований. Я хотел здесь только обратить внимание врачей и студентов на задачи, которые современная медицина ставит перед врачом как перед личностью, призванной в силу своей специальности влиять на другую личность — на больного. И если мне удастся помочь товарищам планово и методически изучать больного и избегать появления иатрогенных заболеваний у своих больных, цель этой книги будет достигнута.

Р. Лурия

Сентябрь 1935 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

Второе издание этой книги, так же как и первое, вызвало широкий отклик не только среди врачей-терапевтов, для которых была написана книга, но и врачей других специальностей, считающих, что положенные мной в основу ее установки о необходимости методического и планового изучения того, что я называю внутренней картиной болезни, в одинаковой мере относится не только к терапевту, но и к каждому практическому врачу. Критика в медицинской прессе дала книге весьма высокую оценку и целиком разделила основные концепции синтетического диагноза и генеза иатрогенных заболеваний как результата недисциплинированного мышления и неосторожного поведения врача и его сотрудников при контакте с больным.

Опыт моей работы в эвакогоспиталях во время Отечественной войны убедил меня в том, что недостаточно методический и правильный подход к раненым и больным со стороны врачей и их помощников нередко ведет к возникновению у больного идеи несуществующей болезни, надолго и без достаточных оснований задержи-

вает больного на разных этапах лечения в госпиталях и мешает возвращению его на фронт.

С другой стороны, вновь опубликованные физиологами экспериментальные наблюдения и создание стройной системы закономерных связей психики и соматики сделали еще более обоснованной мою концепцию о внутренней картине болезни и дали ей более прочную теоретическую базу. В этом отношении особенно важное значение имеет только что вышедшая книга проф. К. М. Быкова «Кора головного мозга и внутренние органы».

Возникшее еще до войны учение о психосоматических заболеваниях и об огромном значении эмоционального фактора в патогенезе, течении и лечении многих болезней получило свое оправдание в опыте войны у врачей всех стран и открывает новую страницу в клинике внутренних болезней. Методическое изучение внутренней картины болезней является совершенно необходимой предпосылкой для понимания психосоматических процессов и изучения их в клинике, приближения врача к психике больного человека.

Все это дает мне основание думать, что учение о внутренней картине болезни, о необходимости более внимательно изучать ее, так же как обязательное для врача методическое изучение больного с конечной целью поставить не только аналитический, но и синтетический диагноз, облегчит распознавание заболеваний в их ранних и обратимых стадиях развития и вместе с тем позволит избежать иатрогенных заболеваний — этих невольных, но досадных ошибок врача. Если эта книга привлечет внимание терапевтов к вопросам методологии в клинике внутренних болезней, цель ее будет достигнута.

Р. Лурия

Июнь 1943 г.

Глава I. О РАСПОЗНАВАНИИ РАННИХ СТАДИЙ БОЛЕЗНЕЙ

ПРЕМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Задачи, стоящие в настоящее время перед лечащим врачом, резко отличаются от задач, стоявших перед нами раньше. Еще недавно вопрос сводился главным образом к тому, чтобы прежде всего найти место заболевания в организме — sedes morbi или locus morbi.

Это основанное Морганьи и доведенное до логического конца Вирховом анатомо-морфологическое или локалистическое мышление в медицине привело в XIX веке к величайшим достижениям, дало возможность изучить тончайший субстрат многих заболеваний и выделить новые нозологические формы. Однако, фиксируя все внимание врача на вопросе о локализации болезни и на грубо анатомических изменениях больного органа, оно отвлекало его от понимания болезненного процесса в целом и заставляло изучать и лечить только более поздние стадии болезни. Между тем, если представить себе жизнь человека в виде кривой, на одном полюсе которой стоит здоровье (A), на другом — смерть (C), а на верхушке этой кривой — болезнь (B), то в течение целого ряда столетий дело лечащего врача-терапевта ограничивалось почти исключительно второй частью этой кривой — от болезни (B) к смерти (C). Первая же часть кривой жизни каждого человека исключалась из сферы изучения клинициста и являлась как профилактика болезней делом социальной медицины. Вот почему, когда речь шла о locus morbi, имелись в виду главным образом грубо анатомические и чаще всего необратимые изменения органов.

Современные же задачи терапевта передвинули центр внимания его на первую часть кривой жизни человека — от здоровья (A) к болезни (B). Следовательно, основной задачей врача-терапевта является распознавание заболеваний внутренних органов в возможно ранних стадиях их, когда практически можно рассчитывать на выздоровление и на полное восстановление трудоспособности больного.

Огромную важность правильного распознавания болезни в ранних ее стадиях всегда подчеркивали лучшие врачи всех времен. Так, Гиппократ в своем трактате о диете говорит: «Причины, вызывающие болезнь, не сразу поражают человека, а они накапливаются постепенно в нем с тем, чтобы в конце концов целиком проявить себя». Сюда относятся прежде всего такие заболевания, как рак, туберкулез, нефрит, диабет, гипертония и т. п. Состояние, которое стоит на границе между здоровьем и болезнью, обозначается как преморбидное[1]. Оно требует активного вмешательства врача, чтобы ему не стать свидетелем уже необратимого органического заболевания у своего больного. Врач-терапевт в своей ежедневной практике не должен ждать, когда он встретится с резко выраженными классическими формами страдания, изученными им на школьной скамье.

Если исключить острые случаи, то большинство больных с ранними формами заболевания составляют те миллионы трудящихся, которые проходят через наши амбулатории, поликлиники и диспансеры и которые относительно редко попадают в стационары не только для лечения, но, что особенно важно, для своевременного правильного распознавания болезни. В ранних стадиях заболевания, за немногими исключениями, речь идет, как известно, еще не столько о грубо анатомических изменениях органов и их систем с резко выраженными симптомами болезни, сколько главным образом о тонких и тончайших расстройствах функций организма. Они протекают либо совершенно скрыто, либо составляют причину ненормальных ощущений, заставляющих больного искать врачебной помощи или только совета.

Больной хочет знать мнение врача об этих своих новых ощущениях самого различного порядка — то характера физической боли, то общего недомогания, то только ограничения работоспособности, то, наконец, просто сознания, что он нездоров или ему грозит болезнь.

Желая помочь врачу разобраться и определить природу и сущность своей болезни и зная по опыту или от

---

[1] Лурия Р. А. Теория и практика функциональной патологии в клинике. Вступительная статья к книге Г. Бергмана «Функциональная патология». М., Биомедгиз, 1936.

других, что внимательный врач воздержится от постановки диагноза, прежде чем он не ознакомится с результатами ряда инструментальных и лабораторных исследований, больные, как известно, приходят часто к врачу уже с кучей разнообразных анализов (мочи, желудочного сока, испражнений, крови, кровяного давления, рентгенологического исследования разных органов и т. д.). По сути дела врач при этом видит только протоколы исследований, а не самые отделения и выделения больного, к тому же протоколы, составленные без целевой установки, без сведений о больном, по трафарету; поэтому не всегда эти анализы безупречны. Однако не всегда было так. Хорошие врачи даже античного мира и много столетий назад, когда не было совсем лабораторий, внимательно простым глазом изучали мочу, испражнения и мокроту своих больных и умели делать из этого осмотра очень полезные для диагноза болезни выводы. Это запечатлено в замечательной картине Рембрандта, находящейся в картинной галерее в Амстердаме, где изображен, врач, рассматривающий у постели больной колбу с ее мочой. Молодые поколения врачей, как правило, не исследуя сами макроскопически мочу, испражнения, желудочный сок и другие выделения больных, ограничиваются направлением их в лабораторию и несомненно теряют при этом много весьма полезных для диагноза данных.

Но и с самими анализами не все обстоит благополучно. Прежде всего следует остановиться на порядке и количестве анализов. Здесь господствует не меньшая анархия, чем в самом содержании исследований. Больше всего это относится к анализам, касающимся заболеваний пищеварительного аппарата.

Анализы желудочного содержимого, например, производятся часто без всяких оснований помногу раз и в совершенно различных условиях, причем часто получаются ни в какой мере не сравнимые между собой результаты, сбивающие с толку и больных, и врачей. Большая часть повторных анализов делается без всяких для этого оснований. Кто не знает бесчисленных анализов желудочного содержимого у больных с ахилией, повторяемых чуть ли не каждый месяц с тайной надеждой получить хоть сколько-нибудь «свободной» соляной кислоты, — анализов, большей частью не нужных вовсе, так как обычно дело идет о тех формах ахи-

лии, где свободная соляная кислота наверное уже не появится.

Кто не знает постоянных повторных анализов испражнений с положительной реакцией на кровь у больных с высоко (за сфинктером ani) находящимся геморроем?

Еще хуже обстоит с рентгенологическим исследованием. Нередко без всяких оснований больные подвергаются очень частому и длительному исследованию рентгеновскими лучами, что не всегда проходит для них безнаказанно. Кто не видел у больного целые пачки рентгеновских протоколов из различных кабинетов, иногда стереотипно повторяющих штампованные записи формы желудка и «отсутствие подозрений» на язву?

На консультациях в больницах я имел случай часто видеть огромное количество таких анализов, составлявших целые фолианты в истории болезни, причем лаборатории не давалось решительно никаких данных о клинических проявлениях болезни. Предлагалось, например, исследовать всесторонне кровь через 3—4 дня, когда врача интересовало только одно состояние РОЭ, или полностью исследовать ежедневно мочу, когда нужно было знать только динамику ее удельного веса и диурез. Не говоря уже о совершенной бесцельности таких неметодических анализов и о ни чем не оправдываемой напрасной трате сил лаборантов и часто дефицитных реактивов, частые повторные анализы нередко прививают больному, как мы подробно увидим ниже, прочную идею о не существующей у него болезни.

В лабораторное исследование больного необходимо внести определенный план и порядок и регламентировать для широкой амбулаторной работы врачей не только качество, но и количество исследований желудка и кишок. Не надо забывать, что инициатива повторных исследований исходит нередко и от самих больных, требующих от врача то и дело повторять анализы, если вопрос стоит о направлении на курорт, об экспертизе и т. д.

Все это предварительное техническое обследование больного в значительной мере облегчает «объективное» изучение картины болезни и во всяком случае дает врачу целый ряд весьма ценных данных при том условии, разумеется, если все эти анализы производятся планомерно и лицами, достаточно подготовленными. Еже-

дневный опыт учит, что больной настолько убежден в возможности поставить диагноз на основании главным образом этих «объективных» документов, что, желая сохранить дорогое время врача, именно с них он и начинает свою беседу с врачом. Более досадно то, что нередко и сам врач начинает исследование больного с этих анализов и рентгеновского протокола, становясь, таким образом, на скользкий и опасный путь техницизма.

Такое поведение и больных, и врача далеко не случайно. Для этого имеются весьма глубокие и серьезные причины; они целиком отражают историю развития медицины, эволюцию нашего врачебного мышления.

Глава II. **ДИАГНОЗ И ПРОБЛЕМА ПСИХИКИ — СОМАТИКИ**

Остановимся сначала на причинах и особенностях недисциплинированного медицинского мышления, о котором так подробно говорил в свое время Блейлер[1], в части, касающейся пока только исследования больного вообще и изучения ранних форм заболевания в частности. Мы увидим, что само исследование больного является уже не только методом распознавания болезни, но, что весьма существенно, оно является также и началом могучего влияния врача на больного со всеми благоприятными и неблагоприятными результатами, свойственными всякой терапии.

Между тем об исследовании больного как о терапевтическом методе говорят еще, к сожалению, слишком мало, и во всяком случае значительно меньше, чем оно этого заслуживает по своей практической значимости. Именно это и имеют в виду больные, когда отмечают «хороший подход» к своим пациентам пользующегося популярностью врача, ибо так с самого начала создается тесный психологический контакт между врачом и больным, что во многом обеспечивает и правильный диагноз, и эффективную терапию.

---

[1] Bleuler E. Das autistisch — undisciplinierte Denken in der Medizin und seine Ueberwendung, 1922.

Распознавание внутренних болезней в ранних стадиях развития их, раз дело идет, как мы это понимаем теперь, преимущественно о расстройствах функции сложнейших систем организма вследствие не столько морфологических, сколько гуморальных и вегетативных патологических процессов и нарушения их регуляций,— распознавание болезней представляет собой для врача не только *аналитическую*, но главным образом большую *синтетическую* задачу. Даже такие патологические отклонения в анализах, как альбуминурия, наличие крови в испражнениях, ускорение оседания эритроцитов, отсутствие соляной кислоты в желудочном соке или высокие цифры его кислотности, изменение размеров сердца на рентгенограмме, повышение кровяного давления, некоторое изменение в электрокардиограмме и, наконец, даже положительная реакция Вассермана, — все это несомненно важные факты, хорошо знакомые больным. Они часто являются, как мы подробно покажем ниже, причиной значительного ухудшения их состояния *иатрогенного* происхождения. Между тем надо помнить, что все эти оторванные от больного результаты аналитической работы врача и особенно лаборатории и даже рентгеновского кабинета не решают сами по себе вопроса о диагнозе патологического состояния организма и еще меньше вопросы прогноза, выздоровления и трудоспособности больного.

В эпоху чисто аналитического мышления в нашей науке, длившуюся более полстолетия, пытались выразить болезнь человека и динамику ее развития в математических формулах. Эта эпоха при всех величайших своих достижениях оставила у врача все же очень глубокий след чисто механистического мышления. Огромные успехи биологических наук, химии и физики, действительно давшие возможность разложить целый ряд физиологических и патологических явлений в организме на их простейшие элементы, несомненно подняли на недосягаемую прежде высоту методику объективного исследования отдельных процессов и значительно обогатили врача достижениями медицинской техники в области распознавания тончайших расстройств функций организма. Но, — как говорит Гегель, — «ни механическое сложение костей, крови, хрящей, мускулов, тканей и т. д., ни химическое соединение элементов не составляют еще животного». «Организм не является ни прос-

тым, ни составным, как бы он ни был сложен» (Ф. Энгельс) [1].

Едва ли удастся более ярко определить причины того, что, несмотря на все величайшие достижения медицинской техники нашей эпохи, несомненно подвинувшие значительно вперед возможности объективного раннего распознавания болезней, задача врача и в наши дни состоит прежде всего в овладении методом рационального субъективного исследования больного и что это играет часто доминирующую роль в синтетическом процессе мышления, результатом которого является правильный диагноз болезней. Понимание человека как специфической биосоциальной категории лучше всего объясняет нам, почему все успехи медицинской техники не снимают и не смогут снять необходимости исследовать личность больного, т. е. изучения тех психофизических процессов, которые лежат в основе субъективных ощущений больного, его страданий, всего того, что рано ведет его к врачу и что так легко просматривается в этой стадии болезни, если врач находится во власти одного только объективного аналитического метода и ставит себе целью получить только «точные» объективные признаки болезни.

Вот почему перед нами вновь встает старый вопрос о значимости и о методике исследования субъективного состояния больного и совсем не случайно ряд авторов в настоящее время фиксируют внимание врачей на соотношениях между субъективным и объективным исследованием больного человека. Появляются уже крупные монографии, специально посвященные, например, вопросам анамнеза [2].

В разные эпохи врачи неодинаково относились к субъективному и объективному исследованию больного. Это различное отношение всецело находилось в зависимости от того, как в разные эпохи разрешался ими вопрос о связи психических и соматических компонентов болезни. Так, например, античные врачи соматическое не противопоставляли психическому. Платон в трактате «Хармид» говорит по этому поводу устами Сократа: «Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о

[1] Энгельс Ф. Диалектика природы. М., Изд-во политической литературы, 1965, с. 182.

[2] Grund. Die Anamnese, Psychologie und Praxis der Krankenbefragung, 1932.

голове, или лечить голову, не думая о всем организме, так же нельзя лечить тело, не леча душу; и величайшая ошибка, что существуют врачи тела и врачи души, тогда когда это по существу нераздельно; и именно это недооценивают греческие врачи, и потому от них ускользает много болезней; они никогда не видят перед собой целого. Надо все свое внимание отдавать единому целому организму, потому что там, где целое чувствует себя плохо, части его, вне всякого сомнения, не могут быть здоровы». Вот почему, например, в творениях Гиппократа, когда речь идет о методах исследования больного, мы находим, наряду с требованием учета не только крупных, но и мельчайших признаков болезни, указания на необходимость изучать душевное состояние больного, его мысли, его речь и молчание. И, что особенно примечательно, — это совет изучать не только настроение больного, но также и его сновидения, поскольку они могут отражать соматические расстройства[1].

Еще не так давно отдельные авторы полагали, что все то, что связано с именем Гиппократа, является сугубо консервативным и даже реакционным в медицине. Нет, разумеется, никакого сомнения в том, что в лозунге целого ряда видных клиницистов Западной Европы «назад, к Гиппократу!» отразился тот глубокий кризис медицинской науки капиталистических стран, который привел крупнейших клиницистов к виталистическим, мистическим, метафизическим и религиозным исканиям и установкам. Эти течения явились результатом неудовлетворенности врачей даже величайшими достижениями медицинской техники (биохимия, рентгенологическое исследование, хирургия и др.), когда только ими хотели заменить синтетический диагноз, лечение больного проводить оторванно от клинического исследования и свести задачу врача только к анализу и механической регистрации «объективных» и «строго научных» фактов при помощи новейшей методики исследования больных.

Этот кризис медицины и привел к идее упрощения исследования больного, кстати сказать, слишком дорогого и обременительного для страховых касс капиталистических стран, когда дело шло о многочисленных ана-

---

[1] Much. Hyppocrates der Grosse, 1926. S. 141.

лизах для миллионов застрахованных, но вместе с тем он привел и к пропаганде идей Гиппократа. Такое содержание лозунга «назад, к Гиппократу!», несомненно целиком реакционно, но оно решительно ничего общего не имеет с современной медицинской наукой и во всяком случае ни в какой мере не снижает ценности учения Гиппократа и глубокого содержания его гениальных творений. Любопытнее всего то, что с особенно жесткой критикой и с лозунгами о реакционности учения Гиппократа вообще выступали часто лица, не изучавшие ни в оригинале, ни даже в выдержках работ этого величайшего врача всех времен и в лучшем случае знающие только о его существовании. Мне кажется, что еще и теперь, через $2^1/_2$ тысячи лет, можно с большой пользой и с большим наслаждением изучать богатое наследие Гиппократа и его школы как яркое отражение античной диалектики и философии в ее приложении к медицине. И если Гален с большим основанием говорил: «Изучайте творения древних», то не менее прав был Гегель, сказавший: «Человек, не знающий творения древних, прожил, не зная красоты». Красоту концепций Гиппократа, на наш взгляд, далеко не бесполезно изучать молодым терапевтам, а его методам изучения больного человека стоит поучиться врачу даже в наш век величайших достижений медицинской техники в области функциональной диагностики.

Изучение единого психофизического организма проходит красной нитью через всю историю нашей науки, и лучшие врачи-эмпирики всех времен твердо держались его, несмотря на то, что дуализм в представлениях о психическом и соматическом со времен Декарта на несколько столетий оторвал субъективное от объективного. Расцвет научного мышления на началах наивного материалистического мировоззрения середины прошлого столетия, анатомо-морфологические представления о болезненном процессе, локалистическая патология и экспериментальный метод грубого функционального изучения отдельных органов вычеркнули надолго из академической клиники внутренних болезней ощущения и переживания больного человека как нечто хотя субъективно и очень важное, но не имеющее материального субстрата и потому не поддающееся строго научной регистрации даже лучшими методами объективного исследования. Дитль — наиболее яркий представитель

этого течения — говорил: «Уже пробил последний час лишенной почвы эмпирии. Только то, что имеет строго научное естественно-историческое обоснование, должно переноситься в практическую медицину, все остальное относится к области мистики». А так как в то время психические ощущения больного не могли получить строго научного естественно-исторического обоснования ни в патологоанатомических исследованиях человека, ни в эксперименте на животных, то углубленное изучение субъективных ощущений как нечто метафизическое и мистическое было в эту эпоху отнесено к голой эмпирии и к мистике, не достойных научно образованного врача.

Это и привело к тому, что с бурным и весьма плодотворным развитием медицины на прочной базе химии, физики и биологии личность больного человека отошла понемногу на задний план и целый ряд поколений врачей, за исключением небольшого числа выдающихся клинических школ (у нас Г. А. Захарьина, Ф. Г. Яновского), воспитывался в духе если не пренебрежения к субъективным жалобам больного, то во всяком случае не в направлении методического планового исследования их как весьма существенной части понимания больного. Что это обстоит именно так, лучше всего свидетельствуют даже новейшие руководства по внутренним болезням, где методике исследования больного отводится ничтожно мало места и много страниц посвящается именно лабораторным методам, часто уже давно отвергнутым пробам и константам, не оправдавшимся в клинике и особенно во врачебной практике. Надо ли удивляться после этого, что молодые и даже не совсем уже молодые врачи не только не знакомы с методическим изучением субъективной части болезни, но нередко ограничиваются только формальным расспросом больного, теряя подчас особенно ценные для постановки диагноза данные.

Между тем современное медицинское мышление, когда на место локалистического и грубо морфологического понимания болезненного процесса встало антропопатологическое и когда клиника строится на началах функциональной патологии, подробное и методическое изучение жалоб больного отнюдь не является эмпирическим методом, а все больше и больше получает строго научное обоснование и ничуть не меньшее, чем методы «объективного» изучения.

В настоящее время потерял, разумеется, свою остроту исторический спор между московской — захарьинской и петербургской — боткинской терапевтическими школами, знаменитый спор, в котором немалое место занимает вопрос о наиболее целесообразной методике исследования больного человека. Этот спор во многом отражает различные точки зрения представителей эмпирической гиппократовской медицины, с одной стороны, и последовательной рациональной, «объективной» клиники — с другой.

Для молодых терапевтов, к сожалению, мало читающих творения наших великих классиков клиники, дадим хотя бы очень краткую характеристику этого этапа развития медицины в России.

Г. А. Захарьин, как известно, оставил образцы великолепного субъективного исследования больного, методического и строго планового, касающегося не только отдельных ощущений больного, но и мельчайших деталей условий жизни, труда и быта человека и его семьи. Не отрицая, разумеется, ни в какой мере значения субъективных жалоб больного, С. П. Боткин считал, что для начинающего врача это стоит на втором плане, первое же место занимает накопление строго проверенных объективных фактов в результате изучения больного всеми доступными для врача физическими и лабораторными методами исследования. Чтобы задавать больному вопросы, необходимо иметь определенное представление о его болезни, а это сопоставление появляется в результате накопления строго проверенных объективных фактов. Вот почему С. П. Боткин и настаивал на примате объективного исследования. В этом отношении С. П. Боткин четко отразил философию эпохи рационализма в медицине.

Таким образом, свое первое и важнейшее представление о больном врач получает не от психологического контакта с ним, не от внимательного и методического усвоения его ощущений и жалоб, а от суммы «объективных» данных, в котором он должен искать и найти оправдание этих ощущений и жалоб.

Метафизические представления о духе, господствовавшие до половины прошлого столетия и не изжитые еще до сих пор некоторыми философскими школами, были совершенно несовместимы, конечно, с медициной — наукой позитивной.

И совершенно естественно, что до тех пор, пока проблема духа изучалась отдельно от проблемы материального своего субстрата, врачу нечего было делать с метафизической теорией познания и умозрительной психологией. Такой психологии не могло быть места в цикле точных естественных наук — незыблемом фундаменте нашего медицинского мышления. Но проблема соматического и психического в наше время рассматривается, как известно, уже совершенно в другом аспекте. Гигантскими шагами движется изучение работы больших полушарий головного мозга. И если, как это подчеркивает И. П. Павлов, «необходимо проявить величайшую сдержанность при переносе только что впервые получаемых точных естественно-научных сведений о высшей нервной деятельности животных на высшую деятельность человека» [1], то все же можно определенно сказать, что *проблему психики нельзя больше отделять от проблемы соматики*.

«Наступает и наступит, осуществится естественное и неизбежное сближение и, наконец, слитие психологического с физиологическим, субъективного с объективным, — говорит И. П. Павлов. — Решится *фактически* вопрос, так долго тревоживший мысль, и всякое способствование слитию есть большая задача ближайшего будущего науки» [2].

Кроме величайших завоеваний физиологии, во главе которых стоят работы И. П. Павлова и его школы (Л. А. Орбели, И. П. Разенков, К. М. Быков и др.), об интимной связи между психикой и самыми разнообразными соматическими процессами говорит также большое количество экспериментальных и клинических наблюдений последнего десятилетия. Нет решительно никакой возможности изложить здесь этот огромный материал, увеличивающийся с каждым днем и в настоящее время вполне достаточный для того, чтобы убедиться в неделимости психических и соматических процессов в нашем организме. Остановимся кратко только на отдельных фактах.

---

[1] *Павлов* И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. М., Изд-во АМН СССР, 1952, с. 264.

[2] *Павлов* И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., Медгиз, 1951, с. 342.

Уже давно было известно влияние физиологических процессов организма на психику у нормального человека. Мы хорошо знаем и отдаем себе отчет о влиянии соматических заболеваний на душевное состояние, когда иногда ничтожное само по себе и неопасное заболевание, скажем, fissura ani, воспаление ногтевого ложа, зубная боль, резко изменяет нашу психику, лишает нас трудоспособности и радости жизни.

Разумеется, на психику человека влияют не одни только болевые ощущения, влияние их выражено здесь только особенно отчетливо. Нет никакого сомнения в том, что ряд нарушений обмена веществ и тончайших сдвигов со стороны физико-химических процессов, например при интоксикации и инфекции, аллергических заболеваниях, разыгрывающихся в организме, оказывают непосредственное и огромное влияние на психику человека и резко изменяют ее. Еще более выражены изменения психики под влиянием нарушений в сердечно-сосудистой и особенно эндокринной системах. Это влияние соматических процессов на психику настолько известно не только врачам, но и больным, что нет никакой необходимости более подробно останавливаться здесь на этой стороне проблемы соматики и психики. Надо, однако, отметить, что в последнее время именно этому влиянию состояния внутренних органов на психику или, правильнее, на кору головного мозга посвящен ряд замечательных исследований советских ученых, которые вскрывают механизмы изумительного предвидения И. М. Сеченова. «Мы, например, ничего не знаем, — говорил Сеченов, — о том, какие именно мысли у каждого из нас ассоциированы с рефлексами от желудка, а эти ассоциации, наверно, существуют». В этом отношении особенно большое значение имеют классические работы Шеррингтона и особенно гениальные исследования Павлова. Из работ последнего времени исключительно важное для терапевта значение имеют исследования Л. А. Орбели и его школы[1] и К. М. Быкова и его сотрудников. «Связь коры мозга с „внутренним хозяйством" организма вряд ли может быть односторонней, — говорит К. М. Быков[2], — и, до-

[1] Орбели Л. А. Лекции по физиологии нервной системы. М., Огиз, 1935.

[2] Быков К. М. Кора мозга и внутренние органы. — «Арх. биол. наук», 1939, т. V, вып. 2.

казав воздействие коры мозга на внутренние органы, мы должны ожидать возможности обратных центростремительных влияний с внутренних органов на кору». И действительно, работы К. М. Быкова и его школы показали наличие широко распространенной сети интероцепторов в различных внутренних органах, дающих систему афферентных связей с корой мозга и, что любопытнее всего, способных определять работу высших отделов центральной нервной системы. Не менее любопытно, что здесь может возникать ряд условных рефлексов не только нервным, но и гуморальным путем. За это говорят, например, исследования последних лет о химических процессах, составляющих сущность болевых ощущений.

Трудно переоценить значение этих экспериментальных исследований для понимания клинических наблюдений о влиянии соматики на психику. Не менее важны также для решения механизмов влияния интероцепторов известные работы Б. И. Лаврентьева[1] и его школы, касающиеся морфологии автономной нервной системы с новейшей точки зрения, т. е. в теснейшей связи структуры и функции этих аппаратов. Мы еще вернемся к ним, когда речь пойдет о методически правильном исследовании субъективных жалоб больного.

Наоборот, влияние психических процессов на жизнь и отправления внутренних органов хотя и было известно давно, но детально и методически оно стало изучаться значительно позднее, главным образом в последние два десятилетия. Уже в конце прошлого столетия классические исследования Вундта и Лемана положили начало экспериментальному изучению влияния психических факторов на функцию отдельных органов и систем. С тех пор проблема эта изучалась большим числом психологов и физиологов.

Среди многочисленных исследований достаточно будет упомянуть о работах К. М. Быкова и его школы и многих зарубежных авторов.

Так, Вебер[2] экспериментальным путем доказал, что аффекты неудовольствия вызывают отлив крови от периферии к внутренним органам, а аффекты радости, наоборот, — прилив крови к периферии.

[1] Лаврентьев Б. И. Морфология автономной нервной системы. Сборник работ. М., Медгиз, 1939.

[2] Weber. — цит. по Мору.

Гейер[1] блестяще подтвердил на человеке фундаментальные результаты исследований Павлова о пищеварительной работе желудочных желез и показал, что в состоянии гипноза можно, внушая человеку, что он ест бульон, хлеб и молоко, получить совершенно различное качественно и количественно отделение желудочного сока, причем сохраняются закономерности динамики выделения желудочного сока, открытые школой И. П. Павлова. Гейер[2] показал также, что путем внушения можно получить на рентгеновском экране резко выраженную картину спастических явлений желудка и кишок; можно наблюдать, как опущенный желудок под влиянием внушения занимает нормальное положение, и, наоборот, получить искусственно явления атонии желудка и даже гастроптоз.

Гейер показал также, что в гипнозе, когда исследуемому внушается, что он принимает невкусную, противную пищу, желудок имеет в рентгеновском изображении форму вялого, атонического мешка, без всяких перистальтических движений. И, наоборот, желудок на экране резко сокращен и живо перистальтирует, когда человеку внушается, что он получает пищу вкусную, любимую, хотя, разумеется, ни в первом, ни во втором случае ему не дают никакой пищи.

Большой интерес представляют исследования Витковера (Witkower) о влиянии психических аффектов на состояние секреторной функции желудка. Установив в течение нескольких дней повторными исследованиями тип секреции у данного лица, Витковер подвергал его исследованию после перенесенного душевного волнения в гипнозе и без гипноза. Были изучены, например, тошнотные представления, печаль, страх, гнев, радость и другие аффекты. Оказалось, что под влиянием этих эффектов наступало увеличение и уменьшение кислотности, понижение и повышение секреции. Доминирующее влияние психики на желудок доходит до того, что даже гистамин не оказывает влияния на секрецию. Как правило, одно и то же лицо одинаково реагирует на данный душевный аффект, разные лица неодинаково реагируют, например, на представления, вызывающие тошноту;

[1] Heyer. Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1920—1921; Kongr. f. inner. Medizin, 1921.

[2] Heyer. Psychogene Functionsstörungen d. Verdauungskrankheiten.

у одних кислотность желудочного сока падает при этом, у других повышается. Есть люди, реагирующие на каждый психический аффект, независимо от его содержания, усилением кислотности — так сказать, на все «кисло реагируют», другие отвечают понижением кислотности сока, у третьих, наконец, кислотность остается та же, но изменяется количество самого секрета желудочных желез.

Особого внимания заслуживает при этом тот факт, что эти внушенные представления, как показали Витковер, Платонов и др., влияют не только на секреторную, но и на двигательную деятельность желудка, причем сокращается m. mucosae, почему «рельеф» слизистой желудка принимает при этом различные формы, в зависимости от состояния психики больного, — обстоятельство, хорошо известное опытным рентгенологам.

Моос[1] изучал влияние психических аффектов на состояние сосудов и видел под влиянием страха преходящее повышение кровяного давления, а под влиянием огорчений и психической депрессии — длительную гипертонию, переходящую в артериосклероз. Это длительное повышение кровяного давления может исчезать при благоприятном влиянии на психику больного. Изменения сосудов, установленные капилляроскопически у невротиков, исчезали под влиянием психотерапии.

Исключительный интерес представляют опыты Г. Маркса[2], показавшие, что путем внушения удается получить такие же сложные изменения состава крови и диуреза, какие наблюдаются у человека при реальном приеме жидкостей, хотя испытуемому подавался только пустой стакан и внушалось, что он пьет воду; при этом, что всего более замечательно, человек выделял после внушения увеличенное количество мочи соответственно выпитой жидкости, с удельным весом 1002, а через 40 мин удельный вес выделенной мочи был уже 1012. Таким образом, при внушении ткани отдают воду так же, как при реальном введении жидкостей в пищеварительные пути.

Глассер[3] показал, что путем внушения удается изменить самый химический состав крови, как известно,

---

[1] Moos. — "Klin. Wschr.", 1927, № 27, S. 1304.
[2] Marx H. — "Klin. Wschr.", 1924, № 33, S. 1492.
[3] Glasser. — "Klin. Wschr.", 1924, № 33, S. 1924.

отличающийся большим постоянством в отношении содержания в ней солей кальция; при этом психическое возбуждение вызвало повышение количества кальция в сыворотке крови, и суггестивное успокоение понижало его.

Жигон, Эйгер и Браух[1] видели у диабетиков, не представлявших никаких симптомов невропатии, при определенном внушении в состоянии гипноза уменьшение гликозурии и гликемии, причем сам по себе гипноз без внушения не влиял на содержание сахара в крови и моче.

Гесслер и Гаузен[2] показали, что в состоянии гипноза путем внушения ощущения холода и тепла удается получить все те процессы теплорегуляции организма, какие наблюдаются при реальном охлаждении и согревании тела, причем, что особенно любопытно, при внушении чувства тепла фактическое охлаждение не вызывает свойственных при этом организму теплорегулирующих процессов и наоборот.

Все эти, а также другие многочисленные экспериментальные наблюдения и исследования не оставляют никаких сомнений в том, что не только грубые, но и тончайшие жизненные процессы, как, например, обмен воды, углеводов, электролитов и регуляция тепла, находятся в самой тесной зависимости от психического состояния человека и по не известным нам еще точно путям регулируются высшими отделами центральной нервной системы, отражая сложные и многогранные колебания в ней. В последнее время механизмы влияния психики на состояние и деятельность внутренних органов начинают выясняться. Сюда относятся не только уже хорошо и давно известные гуморальные корреляции, например эндокринные, но главным образом вегетативные регуляции. Так, Фультон и Дюссер де Баррен[3] установили в коре ряд вегетативных представительств и экспериментально показали, что, раздражая определенные участки коры головного мозга, можно

---

[1] Gigon A., Aigner E., Brauch W. — "Schw. med. Wschr.", 1926, № 30, S. 749.

[2] Gessler H., Hausen K. — "Dtsch. Arch. klin. Med.", Bd. 156, S. 352.

[3] Фультон, Дюссер де Баррен. Функциональная локализация в коре головного мозга. М., Медгиз, 1937.

вызвать глубокие изменения вегетативного порядка во внутренних органах.

В самое последнее время огромный экспериментальный материал, полученный частью на животных, частью на человеке, о соотношении психических и соматических процессов опубликован учеником И. П. Павлова проф. К. М. Быковым в его новой книге «Кора головного мозга и внутренние органы». Быков и его многочисленные сотрудники показали, что функциональная деятельность не только отдельных органов и их систем находится в теснейшей связи со сложнейшими процессами в коре головного мозга, но и важнейшие общие для всего организма процессы обмена веществ, газообмена, терморегуляция и, наконец, такие основные в современной патологии процессы, как проницаемость клеточных мембран, контролируются корой головного мозга. Этим авторам удалось не только вскрыть интимную связь коры головного мозга с внутренними органами и подтвердить ряд уже установленных в литературе фактов, но открыть и новые экспериментально установленные закономерности, имеющие первостепенную важность для понимания старых и новейших клинических наблюдений в проблеме взаимоотношений психики и соматики.

Мы еще не раз вернемся к богатому содержанию этой книги, а здесь для иллюстрации отметим только отдельные факты. Так, на больных с желудочными фистулами было подробно изучено «мнимое кормление» и показано, что идея пищи и вне гипноза влияет на количество и на химический состав желудочного сока. На больном с фистулой протока панкреатической железы удалось установить, что один разговор о вкусной пище через 1—2 мин закономерно вызывал обильное выделение панкреатического сока, богатого ферментами. На больном со свищом желчного пузыря было установлено, что не только жевание и акт еды, но также и вид пищи, и разговор о ней вызывали сокращение пузыря. Быков и его сотрудники дали также новые доказательства влияния коры мозга на моторную деятельность пищевода, тонкого кишечника и на акт дефекации.

Клиника уже давно дает нам многочисленные и яркие примеры психогенеза соматических симптомов со стороны отдельных органов и их систем.

А. Д. Слоним и Р. П. Ольянская, сотрудники академика К. М. Быкова, многократно помещали в специ-

ально обставленную комнату с высокой температурой собаку. У животного при этом естественно понижался легочный газообмен, падала температура тела, появлялась одышка. Когда же эту собаку привели в ту же комнату, где вся зрительная обстановка оставалась прежней, но температура воздуха снижена на 20°С, то организм в целом реагировал не на ныне действующую температуру, а на зрительные сигналы — обстановку комнаты.

В. Е. Делов, Е. Г. Петрова и Девитин электрокардиографическим методом показали, что корковый механизм может полностью воспроизвести те изменения в электрокардиографической картине, которые получаются в результате прямого воздействия таких агентов, как морфий, нитроглицерин, адреналин, ацетилхолин. Мало того, если при условном сигнале, связанном с воздействием ацетилхолина, вводить в кровь не ацетилхолин, а адреналин, то возникает типичная пароксизмальная тахикардия, могут возникать экстрасистолы, т. е. сердце отвечает на условный сигнал, а не на введенный адреналин.

А. Т. Пшоник, сотрудник К. М. Быкова, установил на людях специфическую роль коры мозга в формировании болевой кожной рецепции. На 5 испытуемых Пшоник выработал два стойких условных рефлекса: один на сочетание звонка с последующим болевым раздражением — сосудосуживающий, другой — на сочетание света электрической лампочки с последующим тепловым раздражением — сосудорасширяющий. Переадресовав условным сигналам (звонку и свету) противоположные безусловные раздражители, экспериментатор получил на всех испытуемых сосудистый эффект, соответствующий не безусловному раздражителю, непосредственно действующему на кожу, а условному: звонок в сочетании с теплом вызывал сосудосуживающий болевой эффект при ощущении боли, а свет в сочетании с болью вызывал, наоборот, сосудорасширяющий эффект при ощущении тепла. Еще более ярко выражены эти отношения при словесных сигналах «даю горячее», «даю теплое». Замечательно то, что когда экспериментатор заанестезировал раздражаемый участок кожи, сосудистый эффект получался только на условные раздражители при соответствующих мнимых ощущениях, тогда как на одни безусловные никакого сосудистого эффекта не

получалось и никаких ощущений у испытуемых не было.

Во всех указанных опытах сотрудников К. М. Быкова корковая связь является господствующей и способной изменить, извратить характер безусловной реакции. Яркий пример — опыты А. Т. Пшоника, в которых четко выражена активность коры, превращавшей в эксперименте безболевое (тепловое) раздражение в болевое и, наоборот, болевое раздражение в безболевое (тепловое).

В клинической практике много таких примеров, когда психогенный фактор обостряет или, наоборот, угнетает, тормозит реакцию или чувствительность.

В лаборатории К. М. Быкова экспериментально доказана активная роль коры во взаимоотношениях ощущаемых и неощущаемых процессов. А. Т. Пшоник исследовал сосудистые реакции у людей на пресенсорные стимулы кожи. Из трех фаз, ясно наметившихся в сосудистой реакции на слабый химический раздражитель, вторая — пресенсорная — фаза характеризуется расширением сосудов при отсутствии у испытуемых какого-либо ощущения. Многократно сочетая момент наступления этой пресенсорной неощутимой фазы сосудистой реакции с предшествующим ему зажиганием, предварительно «погашенной» синей электрической лампочки, А. Т. Пшоник выработал у испытуемых условный сосудистый рефлекс на свет этой лампочки. На этой стадии опытов свет синей электрической лампочки при отсутствии химического раздражителя на коже вызывает условнорефлекторное расширение сосудов. Дальнейшее укрепление этого условного сосудистого рефлекса приводит к постепенному выпадению пресенсорной фазы и к сближению первой латентной — с третьей — сенсорной — фазой; при этом ощущение слабого жжения возникает уже в момент, соответствующий пресенсорной фазе. Таким образом, выработкой условного рефлекса на неощущаемую пресенсорную фазу последняя переводится в сенсорную, а неощущаемый импульс становится ощущаемым.

Тонкая и сложная регуляторная функция коры во взаимоотношениях ощущаемых и неощущаемых процессов выступает в исследовании А. Т. Пшоника с предельной ясностью: неощущаемый импульс, будучи включенным в корковую связь, становится ощутимым.

Отечественная война принесла бесчисленные доказательства теснейших взаимоотношений психики и соматики в области происхождения и течения ряда заболеваний. Не только функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, как гипертония, и особенно пищеварительных органов явились прямыми следствиями эмотивных факторов, которые в невиданных масштабах дает современная война. Так, наблюдения советских, а также зарубежных авторов не оставляют сомнений в том, что значительное увеличение числа больных язвенной болезнью желудка и особенно более тяжелое течение болезни и ее осложнений (кровотечения профузные, перфорации и т. д.) надо считать прямым следствием не нарушения диеты, а эмоциональных факторов в результате влияния на язвенный диатез раздражений, исходящих из коры головного мозга[1].

Таким образом, достижения и открытия в области физиологии центральной и вегетативной нервной системы, гуморальных и эндокринных регуляторов основных жизненных процессов и обмена веществ опять привели нас к монистическому пониманию организма, где соматическое и психическое не отделяется и во всяком случае не противопоставляется друг другу, а мыслится как неразрывная цепь тесно переплетающихся между собой процессов, проникающих друг в друга и находящихся в постоянной зависимости один от другого, а также от внешних условий, в которых живет и развивается организм. Пусть мы еще далеко не достаточно понимаем и знаем механизмы этих соотношений, но многочисленные экспериментальные исследования и ежедневные клинические наблюдения, на которых я не считаю нужным подробнее останавливаться здесь, так как эти факты достаточно известны врачам, говорят о том, что по крайней мере для врача не может быть речи о дуализме соматических и психических процессов, о параллелизме их при всей специфичности тех и других. И, действительно, когда речь идет о больном человеке, практически мы имеем дело с единым процессом, только в процессе аналитического исследования искусственно разделяемым на субъективные и объективные симптомы болезни. «Мне кажется, — правильно подчер-

[1] Лурия Р. А. Узловые и спорные вопросы язвенной болезни. — «Сов. мед.», 1943, № 7.

кивает Бергман, — что в настоящее время нельзя уже больше утверждать, что задача врача ограничена только миром объективного».

Мы не будем здесь углублять эти вопросы психофизических явлений в организме и огромное значение их в практической работе врача. Я в другом месте[1] подробно остановился уже однажды на значении этой проблемы в психогенезе некоторых заболеваний внутренних органов и на печальных результатах негативной психотерапии, когда поведение врача вольно или невольно ведет к иатрогенным заболеваниям, если он игнорирует неразрывную связь психики больного и его соматической сферы.

И, несомненно, глубоко прав К. М. Быков, что «концепция материалистического понимания единства соматических и психических процессов в организме имеет не только теоретико-познавательное значение, но и подводит базу под ежедневную практическую работу врача и биолога». Поэтому новейшие достижения физиологии в проблеме психики и соматики должны возможно скорее стать достоянием не только клиницистов, но и широких масс практических врачей.

Глава III. **О СУБЪЕКТИВНОМ И ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО**

Ограничимся пока только вопросами, касающимися поведения врача при диагностике заболеваний внутренних органов, особенно ранних и невыраженных форм этих заболеваний. Кто же прав в этом старом с точки зрения современного медицинского мышления споре о подходе к больному — Захарьин или Боткин? Чей метод исследования более приемлем для нас теперь? Совершенно очевидно, что в этом споре не был прав ни тот, ни другой и что нельзя отдавать предпочтение ни субъективному, ни объективному методу исследования боль-

---

[1] Лурия Р. А. Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов. Казань, 1928.

ного именно потому, что такая концепция избрания того или другого метода и отражает дуализм или параллелизм психических и соматических категорий в организме больного, по существу практически друг от друга не отделимых.

Не оправдал себя и путь преимущественно объективного исследования больного — поиски определенных, особенно числовых показателей патологических процессов, упрощение постановки диагноза путем лабораторных и инструментальных методов исследования, к чему в течение последних десятилетий стремились и стремятся отдельные клиницисты. Несомненно, те или иные константы, например, в отношении отдельных составных частей мочи, процентного содержания электролитов, сахара, азотистых соединений, хлоридов в крови, кислотных валентностей в желудочном соке, определение основного обмена, состояние буферных субстанций в крови и тканях, соотношения белковых фракций — все это в недосягаемых прежде для врача размерах углубило и качественно, и количественно понимание отдельных биохимических и биофизических процессов в организме, поэтому наши поиски в этом направлении надо продолжать с еще большей настойчивостью. Но если мы, с другой стороны, вспомним надежды, возлагавшиеся на каждый отдельный метод его авторами и адептами в то время, когда он был предложен, то надо сознаться, что каждый раз преувеличенные надежды эти опрокидывались критикой клинического опыта, и во всяком случае одни анализы, константы и пробы никогда не могли заменить собой синтетической работы врача, необходимой для установления правильного диагноза болезни.

Вспомним хотя бы фармакологические методы исследования вегетативной нервной системы в том виде, как они широко еще применяются, или основного обмена, гликемических кривых, многочисленные специфические реакции для раннего диагноза новообразования и даже значение реакции Вассермана, например, в диагностике висцерального сифилиса. Ведь ни один отрицательный результат лабораторных исследований не исключает данного заболевания внутренних органов, если клиническая картина болезни говорит в его пользу. Я припоминаю, например, случаи центральных пневмоний у молодых и крепких субъектов, где наличие лейкопении

ставило нас в большое затруднение и где она получила свое объяснение в малярийной этиологии этих пневмоний как эпималярийных заболеваний, что можно было легко установить из анамнеза больного. Как известно, даже такой строго объективный показатель, как температура тела, не может считаться безусловным. Так, мы наблюдаем при хронических нефритах плевриты и пневмонии и без повышения температуры или при лечении пневмонии сульфамидами, несмотря на падение температуры тела, рентгенологически удавалось установить поступательное движение воспалительного процесса в легких.

Я не буду останавливаться на бесчисленных клинических наблюдениях и бесспорных фактах, когда, например, отрицательная реакция Вассермана удерживала врача от постановки диагноза висцерального сифилиса при наличии синдромов, свойственных этому заболеванию, и когда при назначении специфического противосифилитического лечения в крови появлялась резко положительная реакция Вассермана. Эти факты хорошо известны каждому клиницисту.

Итак, все объективное, начиная с физических методов исследования и оценки врачом внешнего вида больного и кончая такими сугубо объективными методами, как лабораторные, инструментальные, даже рентгеноскопия и эндоскопия, в известной степени относительно и становится значимым только тогда, когда оно преломляется через призму критики и синтеза исследующего врача. И глубоко прав Бергман: «Надо так же хорошо знать жалобы, переживания и изменения характера больного, как результаты исследования его болезни, чтобы поставить правильный диагноз и прогноз, и вообще для того, чтобы заниматься врачебным делом»[1]. Вот почему тот же Бергман еще в 1922 г. в своем докладе о язве желудка с сожалением говорил о том, насколько врачи пренебрегают до сих пор изучением субъективных жалоб больного, несмотря на то что для диагноза этой болезни правильный, критический расспрос больного, требующий, правда, много времени и труда, имеет гораздо большее значение, чем, например, определение в желудочном соке кислотных валентностей методом газовых цепей, который в то время был очень

---

[1] Bergmann. Funktionelle Pathologie. 1932, S. 269.

модным и увлекал отдельных клиницистов, отражая стремление приложить к клинике методику точных наук.

Это мнение Бергмана особенно любопытно, если мы вспомним, что даже сам основоположник желудочной патологии Леубе в 70-х годах прошлого столетия, в эпоху, когда только что было предложено изучение зондом химизма желудка, считал совершенно лишней потерей времени собирание анамнеза у желудочных больных, если в распоряжении врача имеются такие мощные объективные методы исследования, как всестороннее изучение содержимого желудка у живого человека. Как мало осталось в наши дни от этого триумфа первых лет зондирования больного желудка и какими бесконечно сложными оказались эти простые цифры «кислотности», когда речь идет об установлении той или иной гастропатии. Какая серьезная критика требуется от врача при оценке результатов анализа секреции желудка теперь, после 60 лет упорных и многочисленных работ в этом направлении! Как мне пришлось неоднократно наблюдать и в мирных условиях, и в госпиталях тыла, многочисленные анализы желудочного сока в случае повышения кислотности давали врачам основание месяцами держать больного в госпиталях, тогда как он давно подлежал возвращению в свою часть. И, наконец, эти весьма условные и спорные цифры кислотности очень часто решают судьбу бойца в военных комиссиях в качестве «бесспорного» и «объективного» симптома.

Или рентгенологический метод исследования больных. Едва ли в истории медицины какое-нибудь другое открытие представителя теоретической науки имело такое большое значение для распознавания болезней, как открытие физика Рентгена. Но вместе с тем попытка ставить диагнозы только на рентгеновском экране или по снимку, оторванно от всего сложного синтетического понимания больного человека, уже не раз приводила к величайшим диагностическим ошибкам. Ограничусь для примера огромными и бесспорными достижениями в области диагностики заболеваний желудка методом «рельефа». Казалось бы, что по виду и характеру складок слизистой желудка легко можно не только говорить о гастрите, но и определять форму его— гипертрофическую и атрофическую. Однако оказалось, что эти заключения требуют больших и специальных

знаний рентгенолога и сами по себе еще далеко не решают вопроса о распознавании разных форм гастритов. Мало того, исследования последних лет, например работы Вестфаля и Кукук, показали, что рентгенологические картины, совершенно аналогичные рельефу гастрита, получаются также в результате одного раздражения вегетативной системы, т. е. неврогенно, или под влиянием чисто психических воздействий на человека. Мы видим, таким образом, какая величайшая осторожность требуется от врача, когда речь идет об оценке даже такого сугубо «объективного», по мнению больных и многих врачей, метода, как рентгенологическое исследование. Эта осторожность при учете рентгеновского протокола диктуется прежде всего весьма различной подготовкой рентгенологов, особенно в области легочного туберкулеза и болезней желудка и кишечника, почему и получаются весьма различные и часто исключающие друг друга заключения. Ежедневно и в мирной обстановке то и дело встречаются большие расхождения клинических и рентгенологических данных, но в условиях военного времени игнорирование методического исследования больного с диагнозом, основанным только на рентгеновском протоколе, ведет к крупнейшим врачебным ошибкам. На большом материале N-ского терапевтического госпиталя мы только в 35% могли установить квалифицированным рентгенологическим исследованием наличие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Это ставило врачей в очень затруднительное положение уже потому, что, основываясь на этих документах, полученных на прежних этапах эвакуации, а иногда и до призыва на военную службу, бойцы и командиры весьма настойчиво требовали представления их на комиссию, будучи твердо убеждены в непогрешимости диагноза язвы.

Я уже не буду говорить о постоянных попытках лабораторного распознавания злокачественных новообразований в ранних стадиях только по анализу крови или мочи. Как известно, все попытки (Ботелло, Кан и др.) найти такие патогномоничные для злокачественных опухолей реакции окончились неудачей. Результаты лабораторного исследования дают только небольшой штрих в многогранной клинике злокачественных опухолей и, как учит опыт, мало способствуют ранней диагностике, например, рака желудка.

Кстати, подозрение на рак желудка в скрытых его стадиях гораздо легче возникает при тщательном и методическом изучении субъективных жалоб больного, чем при лабораторном, в том числе и рентгенологическом исследовании, и несвоевременное распознавание рака желудка и особенно кишечника часто находится в прямой зависимости от недооценки врачом первых нетипичных для новообразований даже не столько жалоб, сколько ощущений больного («gastric discomfort»).

Этих немногих примеров, мне кажется, вполне достаточно для того, чтобы стала совершенно очевидной вся относительность и большая доля субъективизма даже наиболее точных объективных методов исследования больного организма.

С другой стороны, субъективное исследование больного с первого же момента сопровождается и неразрывно связано с целым рядом объективных данных, получаемых врачом. Ведь больной, излагая свои жалобы и переживания, делает целый ряд движений, то указывая на место, где он ощущает боли, то отражая на лице ряд переживаний, то открывая их врачу передачей своих субъективных ощущений в интонации голоса, в его модуляции, в самой структуре своей речи. Задача врача в его работе по построению диагноза сводится поэтому, во-первых, к тому, чтобы не пропустить этих мелких проявлений болезни, где субъективное теснейшим образом связано с объективным; во-вторых, к тому, чтобы связать полученные впечатления, так сказать, осознать их, какими бы ничтожными ни казались врачу эти симптомы на первый взгляд, и, наконец, в-третьих, к тому, чтобы планомерно оценить их в своей конечной синтетической работе по установлению диагноза.

Именно эту задачу я и поставил перед собой уже много лет назад и старался практически проводить ее при исследовании больных как в клинике, так особенно в поликлинике и амбулатории. Мой многолетний опыт привел меня к заключению о необходимости пересмотреть самую методику субъективного исследования больного в том виде, в котором она обычно применяется. Я убедился в том, что недисциплинированный расспрос больного врачом и недостаточное внимание врача к этой части его работы ведет часто к диагностическим и терапевтическим ошибкам, которых можно избежать, применив методику собирания анамнеза, более соответ-

ствующую нашим современным представлениям о болезни как многогранной реакции организма — единого психофизиологического целого — на экзогенные и эндогенные патогенетические факторы.

Таким образом, перед врачом стоит нелегкая задача при постановке диагноза методически правильно сочетать в одинаковой мере существенные данные субъективного и объективного исследования больного.

Гиппократ и его последователи умели счастливо сочетать эти две неразрывно между собой связанные части одной задачи. Этому учили лучшие врачи всех времен, никогда не пренебрегавшие внимательной оценкой жалоб и ощущений своих больных. Этого же требуют от врача новейшие достижения теории медицины, в особенности новые данные физиологии закономерной связи соматических и психических процессов.

Глава IV. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Я считаю неправильным говорить отдельно о субъективных жалобах и объективных симптомах болезни так, как мы привыкли это делать со школьной скамьи. Не лучше ли рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни? Под внешней картиной болезни я понимаю не только внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза, потому что они дают те маленькие ниточки, за которые надо часто ухватиться, чтобы поставить диагноз, — то, что старые врачи называли физиогномикой и умели так хорошо читать и расшифровывать[1]. Под внешней картиной болезни я разумею все то, что врачу удается получить всеми доступными для него методами исследования, включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т. д.

---

[1] Baumgärtner K. Kranken-Physiognomik. Freiburg, 1838; 3 Aufl., Berlin, 1928.

Внутренней же картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Такое представление о внутренней картине болезни, разумеется, далеко не адекватно обычному пониманию субъективных жалоб больного, только частично входящих в мою концепцию о внутреннем мире больного, изучать который возможно глубоко и детально я считаю необходимым и чрезвычайно плодотворным для диагноза. Отсюда совершенно очевидно, что такое исследование не может и не должно быть трафаретным, как это часто бывает при собирании анамнеза и субъективного статуса больного, а является сугубо индивидуальным изучением личности человека.

Всю сумму этих ощущений, переживаний, настроений больного вместе с его собственными представлениями о своей болезни Гольдшейдер назвал аутопластической картиной болезни и относит сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными и т. д. Гольдшейдер рассматривает сензитивную и интеллектуальную части аутопластической картины болезни.

Первую, очевидно, составляют субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного.

Вторая является надстройкой над ними, созданной уже самим больным, размышлением о своей болезни, своем самочувствии и состоянии. Такое представление Гольдшейдера об аутопластической картине болезни объясняет различие в результате субъективного исследования больного. В одних случаях он будет совпадать с данными объективного его исследования, в других резко расходиться с ним, если интеллектуаль-

ная часть, созданная самим больным, не имеет под собой реальной базы в соматическом патологическом процессе. И, действительно, лучшими примерами внутренней картины болезни являются *иатрогенные* заболевания, когда у больного под влиянием нанесенной ему врачом психической травмы возникает ряд новых ощущений, например диспепсические явления, когда он узнает об отсутствии у него соляной кислоты в желудочном соке или об ощущении желудка; сердцебиение, боли и давление в груди, головокружение в связи с информацией рентгенолога о расширении аорты на полсантиметра или в результате обнаруженного врачом ничтожного изменения кровяного давления и т. д. Такое возникновение интеллектуальной части внутренней картины болезни мне часто приходилось видеть на курортах, особенно в Ессентуках, где больные, занятые исключительно своим лечением, постоянно делятся друг с другом впечатлениями о своих ощущениях и, что еще хуже, всякого рода соображениями о значении отдельных показателей анализов, рентгенограмм и т. д.

Приходилось это наблюдать и у раненых, находившихся в эвакогоспиталях, когда они свой досуг посвящали обмену мыслями о своих болезнях, ощущениях чисто физиологического порядка или результатах соображений, высказанных врачами. Таким образом, например, у выздоравливающего раненого появляются мысли о болезни сердца, легких и особенно часто желудка и кишок. Так возникают, а иногда и пышно развиваются в сознании человека ощущения несуществующей болезни, и это, как мы увидим ниже, вполне закономерно вследствие теснейшей связи психической и соматической его жизни.

К сожалению, до сих пор тонкие нюансы психической жизни больных очень мало интересовали терапевтов. Как во времена Сократа и Платона, мы все еще делим врачей на врача тела и врача души, и считаем совершенно естественным, что терапевт, ставя себе целью «объективное» исследование больного и владея в совершенстве этой методикой, особенно лабораторной, в анализе внутренней болезни ограничивается только формальным собиранием анамнеза и одной только сухой регистрацией субъективных жалоб больного, предоставляя весь его огромный внутренний мир специалисту: психиатру, невропатологу или психотерапевту. Такого

рода терапевт фактически остается последовательным представителем дуализма или параллелизма соматических и психических процессов человеческого организма. Отсюда и возникло у терапевта известное пренебрежение к внутренней картине болезни, когда он уже a priori считает малозначащими психические ощущения больного и уверен, что самый анализ их может легко поставить его на ложный путь и далеко увести от основной задачи правильного диагноза и прогноза болезни. Блейлер назвал это психофобией современного врача. Отсюда формальное отношение к исследованию внутренней картины болезни и превращение анамнеза только в собирание анкетного материала, в регистрацию жалоб и внешних фактов течения болезни, в таком виде мало дающих для постановки диагноза.

Многолетние мои наблюдения над работой врачей в разных условиях показывают, что исследование внутренней картины болезни (расспрос больного и анамнез) оставляет желать много лучшего, что оно, как правило, проводится значительно хуже, чем объективная часть исследования больного, и не отражает живого динамического процесса в психике врача. Ниже мы остановимся на важнейших, на наш взгляд, недостатках этой части работы врача и на основных требованиях, которые диктуются нашим современным клиническим мышлением для правильного исследования внутренней картины болезни.

С субъективным исследованием больных дело обстоит не совсем благополучно. Об этом не раз высказывались лучшие клиницисты всех стран. На ненормальности такого положения вещей особенно настаивал Мэкензи, один из старейших терапевтов Англии. Говоря о стремлениях к научно-исследовательской работе молодых терапевтов, он считал, что нецелесообразно и даже вредно для врача рано начинать эту работу изолированно от больного, особенно чисто экспериментальную, замкнувшись в лабораториях больниц. Молодой терапевт имеет при этих условиях дело почти исключительно с поздними стадиями болезней, являющимися результатом грубых и непоправимых морфологических изменений организма, и он не получает поэтому необходимого опыта в распознавании ранних форм болезни. Это целиком и полностью соответствует положению вещей и у нас. Работа молодого врача в больницах и клини-

ках часто ограничивается *только* стационарными больными, и он совсем не работает в поликлинике и в амбулатории под хорошим руководством. Мэкензи правильно указывал на то, что симптомы ранних стадий болезни настолько мало выражены, что нужен большой и долголетний опыт, чтобы уметь распознавать заболевание в этой стадии.

«Первые симптомы болезни, — говорил Мэкензи, — чисто *субъективного* характера, и они появляются значительно раньше, чем их можно обнаружить так называемыми физическими методами исследования. Обнаружить эти симптомы и правильно оценить их составляет труднейшую задачу терапевта. Как же можно требовать от молодого терапевта, чтобы он научился диагнозу этих ранних стадий болезни, если он не приобретает опыта в амбулатории? Изучение ранних проявлений болезни является жгучей проблемой, и участие в этом деле должны принимать все врачи». Хотя эти слова и были сказаны 20 с лишним лет назад, они целиком отражают самые существенные задачи как подготовки кадров терапевтов, так и правильной организации терапии в нашей стране. Без правильного решения проблемы участия молодых терапевтов в *раннем* распознавании заболеваний внутренних органов мы мало подвинемся в деле снижения заболеваемости в нашей социалистической стране, а эта работа тесно связана с перестройкой методики исследования больного и особенно с углублением изучения внутренней картины болезни.

Это является, между прочим, одной из причин широко распространенных ошибок даже при диагностике таких типичных по своей симптоматике болезней, как острые инфекции. Старые опытные врачи, даже в то время, когда почти не было лабораторных методов серологического исследования, неплохо умели отличать в *ранних* стадиях сыпной, возвратный, брюшной тиф от малярии и гриппа не только по объективным симптомам, но и по *состоянию психики* больного, разных нюансов его «тифоса», который типичен для разных инфекций и появляется значительно раньше, чем, например, реакция Вейля—Феликса, а тем более Видаля.

Не меньшее, если даже не большее, значение это имеет в распознавании ранних стадий и скрытых форм гипо- и авитаминозов, которые долго считаются мало-

кровием, неврастенией, переутомлением и тому подобными мало определенными заболеваниями только на основании данных о содержании гемоглобина и эритроцитов в анализе крови, тогда как внимательное изучение самочувствия и незначительных ощущений, появившихся у больного, дает возможность значительно раньше установить истинную природу болезни и провести эффективную терапию.

То же относится к отдельным расстройствам внутренней секреции, например к недостаточной функции яичников и не только в преклимаксе, но также у молодых женщин при нарушениях у них овариально-менструального цикла.

Исходя из оценки значения психофизических процессов в клинике внутренних болезней, Бергман[1] приходит по существу к тем же выводам, что и Мэкензи. Он считает, что изучение внутреннего «я» больного человека не менее важно, чем факты, которые с большой точностью можно зарегистрировать методикой естественных наук, и хотя то, что мы получаем в результате психического контакта с больным, значительно уступает в точности результатам физического исследования, однако нередко этот материал превосходит последние тонкостью симптома. Поэтому, говорит Бергман, субъективные жалобы больного являются для терапевта часто важнейшим, а нередко и единственным феноменом его болезненного состояния, изменений биологической ситуации организма. Отсюда и вырастает в современной клинике особенно важное значение анализа жалоб больного, того, что я предлагаю называть **внутренней** картиной болезни.

«В эпоху развития и расцвета научной медицины как отдела естествознания и чисто биологической дисциплины эта часть анализа больного, — говорит Крель, — официально исключалась из круга деятельности врача как область иррационального и метафизического. Но что без этого мы обойтись не можем в нашей практической работе, хорошо знает каждый врач». Однако мы так же хорошо знаем, что если изучение этой стороны дела требует новой методики исследования, то едва ли это дает основание говорить о психических категориях

[1] Bergmann V. Psychophysische Vorgänge im Bereiche der Klinik. — "Dtsch. med. Wschr.", 1930, N 40.

болезни как об иррациональном, как это думают Крель, Бергман и др. Является ли метафизическим и иррациональным то, что Гольдшейдер называет аутопластической картиной болезни? В первой своей части — сензитивной — она представляет не что иное, как сложный комплекс ощущений, имеющих совершенно конкретный источник в физико-химических процессах, вызываемых заболеванием или являющихся сущностью заболеваний внутренних органов, вероятно, весьма различных в каждом отдельном случае, но все же находящих всегда отражение в центральной нервной системе больного. Все, что мы знаем из учения о вегетативной нервной системе, об эндокринной системе, а также все стройное здание объективного изучения высшей нервной деятельности животных, т. е. их поведения, созданное акад. И. П. Павловым, с достаточной убедительностью говорит о том, что психические процессы не являются иррациональными, а составляют специфическую биосоциальную сущность человека.

«Есть достаточно оснований принимать, — говорит И. П. Павлов, — что не только из скелетно-двигательного аппарата идут центростремительные импульсы от каждого момента движения в кору (двигательная область), что дает возможность из коры управлять скелетными движениями, но и от других органов и от отдельных тканей, почему можно влиять на них из коры. Только эта последняя возможность влияния из коры произвольного утилизируется и обнаруживается нами очень редко, при исключительных, искусственных или ненормальных условиях. Причина этого та, что, с одной стороны, деятельность других органов и тканей, кроме скелетно-двигательного аппарата, саморегулируется главнейшим образом в низших отделах центральной нервной системы, а с другой — замаскировывается основной деятельностью больших полушарий, направленной на сложнейшие отношения с окружающей внешней средой»[1]. Эта концепция Павлова, исключающая дуализм психических и соматических процессов в организме, подводит достаточно серьезную теоретическую базу под ежедневную практическую работу врача, когда он

[1] Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., Медгиз, 1951, с. 374.

изучает патофизиологические явления, где бы они не проявлялись, и стремится синтетически создать себе представление о болезни в самых ранних стадиях проявления ее.

В этом отношении, несомненно, большой интерес представляют также работы Цондека и Бира[1] о содержании брома в крови душевнобольных. Так, при маниакально-депрессивном психозе и во время депрессивных состояний при шизофрении количество брома в крови заметно уменьшается; имеются отдельные наблюдения, показывающие, что и острые психозы сопровождаются быстрым уменьшением количества брома в крови. Цондек считает, что существует центр, регулирующий содержание брома в крови, и имеются основания полагать, что, изучая колебания брома в тканях, можно рассчитывать найти материальный субстрат колебаний психических настроений человека уже в пределах физиологических границ. Цондек правильно подчеркивает, что наиболее ценным в этих работах надо считать то, что они подводят материальную базу под психические процессы у человека. Альтернатива «психогенное или органическое», — как правильно отмечает Аствацатуров[2], — в настоящее время поколеблена данными неврологии, установившими существование органа, осуществляющего первичную связь между психическими и соматическими функциями. Этим органом являются ганглии промежуточного мозга — зрительный бугор и полосатое тело, тесно связанные с вегетативной нервной системой и являющиеся филогенетически корнями примитивных эмоций. Исследования К. М. Быкова и его учеников дают, как мне кажется, экспериментальное обоснование для понимания механизмов, лежащих в основе внутренней картины болезни, в частности ее сензитивной части. Мы уже видели, что эти эксперименты вскрывают сложнейшую сеть рецепторов внутренних органов, являющуюся источником условных рефлексов, несущих по афферентным системам импульсы в кору головного мозга. Можно легко представить себе, что сумма этих интероцепторов и составляет конкретный субстрат для суммы ощущений человека, создающих сензитивную часть его внутренней картины болезни.

---

[1] Zondeck, Bier. — "Klin. Wschr.", 1933, S. 55.
[2] Аствацатуров М. И. — «Клин. мед.», 1934, № 9, с. 1268.

Остается вторая часть аутопластической картины Гольдшейдера — *интеллектуальная*, т. е. то, что реального, конкретного субстрата в соматических процессах не имеет. Является ли она иррациональной?

Интеллектуальную часть картины болезни составляет то, что больной *сам* надстраивает над своими ощущениями, т. е. над тем, как соматический процесс отражается на психике. Мы имеем здесь сложнейший клубок психических процессов, сущность которых мы еще почти не знаем. Но мы видели уже выше, как сильно отражаются психические процессы на функциях целого ряда органов и их систем: сердечно-сосудистой, пищеварительного аппарата, мочевых органов, процессах обмена веществ, эндокринной, сексуальной и т. д. И каким бы образом не возникали в центральной нервной системе эти аутопластические представления, интеллектуальная часть их несомненно имеет и должна иметь огромное влияние не только на функции органов, но и на течение органических процессов в них. Клинические наблюдения ежедневно учат нас, что наряду с *центростремительными* импульсами от внутренних органов в психику, что и является субстратом сензитивной части аутопластической картины болезни, существует мощное *центробежное* влияние психических процессов на происхождение и течение болезни, на психогенез симптомов внутренних заболеваний.

В этом отношении, несомненно, прав Гольдшейдер, когда говорит: «Если врач хочет *понять* больного, он должен все свои способности, искусство и желание посвятить пониманию аутопластической картины болезни, ибо это и есть человек, — страдающий человек». Я со своей стороны полагаю, что врач прежде всего должен оценить всю важность понимания *внутренней* картины болезни и научиться методически изучать ее.

Нет никакой возможности перечислить симптомы и картины болезней, имеющие психогенное происхождение. Любой врач в своей практической работе видит их на каждом шагу. Эти симтпомы психогенного происхождения дают чаще всего весьма причудливые и своеобразные клинические картины функциональных расстройств, неврозов отдельных органов и их систем. Сюда именно и относятся так называемые неврозы желудка, кишок, сердца и др. Важнее всего, однако, то, что симптомы психогенного происхождения нередко резко изме-

няют картину чисто органического заболевания. В этих случаях, густо наслаиваясь на часто маловажное органическое заболевание, они составляют большую и существенную часть клинической картины.

Еще И. М. Сеченов в 60-х годах прошлого столетия пророчески предвидел физиологические обоснования учения о внутренней картине болезни. В книге «Рефлексы головного мозга» он говорит: «К разряду же явлений самосознания относятся те неопределенные темные ощущения, которые сопровождают акты, совершающиеся в полостных органах груди и живота. Кто не знает, например, ощущения голода, сытости и переполнения желудка? Незначительное расстройство сердца ведет уже за собой изменение характера у человека; нервность, раздражительность женщины в 9 случаях из 10 зависит от болезненного состояния матки. Подобного рода факты, которыми переполнена патология человека, явным образом указывают на ассоциацию этих темных ощущений с теми, которые даются органами чувств. К сожалению, относящиеся сюда вопросы чрезвычайно трудны для разработки и потому удовлетворительное решение принадлежит будущему». И чем глубже мы изучаем и вникаем в содержание внутренней картины болезни, тем ярче выступает иногда психогенное происхождение некоторых симптомов, органический субстрат которых не мог, казалось бы, подвергаться даже какому-нибудь сомнению.

Разительным примером в этом отношении является желтуха. Приводимые старыми клиницистами случаи эмотивной желтухи подвергались большому сомнению и стали совершенно отрицаться по мере расширения наших представлений о патогенезе желтухи. Однако за последнее время психогенные желтухи описываются все чаще. Я имею в своем распоряжении ряд не подлежащих сомнению случаев желтухи эмотивного, психогенного происхождения, в том числе один у врача, получившего впервые желтуху тотчас после психогенной травмы, когда он видел тонувшего в реке сына. И теперь, когда после исследований Вестфаля, Эйгера, Окада, Рейха и ряда других авторов выяснилась роль сфинктера Одди, сфинктера Людкенса и вегетативной нервной системы в динамике желчеотделения и когда мы в патогенезе желтухи часто видим лишь дискинезию желчных путей, — старые наблюдения над психогенной

эмотивной желтухой получают свое теоретическое обоснование и не вызывают уже у клинициста ни улыбки, ни скепсиса.

Совершенно очевидно, что несущественное органическое заболевание желчных путей, скажем, небольшой и сам по себе невинный конкремент, под влиянием психогенно возникшей дискинезии желчных путей может вызвать и действительно вызывает тяжелые припадки. Под влиянием психических травм происходят и давно всем знакомы припадки печеночных колик. Я не раз наблюдал разительные примеры такого механизма этих припадков.

Отличительным экспериментальным доказательством возможности психогенного происхождения не только функциональных, но и структурных поражений внутренних органов являются интересные наблюдения К. М. Быкова над экспериментальными неврозами у животных. В малом желудочке, удачно выкроенном из малой кривизны секреция, по Быкову, начинается раньше, чем в желудочке из большой кривизны, а кислотность сока больше в первом, чем в последнем. Быков полагает, что в сложном секреторном аппарате слизистой желудка ведущей надо считать малую кривизну. Изменение этой закономерности при экспериментальных невротических состояниях у животных, вызванных, например, питанием их неадекватной пищей (у собак при питании медом), возникает тоже сначала на малой кривизне и, что представляет особенный интерес для клиники, при сильных нервных раздражениях вместо сока начинает выделяться транссудат с примесью крови, что может навести на мысль о каком-то повреждении слизистой малого желудочка. Однако, как показали дальнейшие наблюдения, это носило чисто функциональный характер и исчезало тотчас после прекращения кормления медом, являвшимся для собаки психонервным раздражителем. Быков считает этот эксперимент совершенно неожиданным, а клиницистам трудно переоценить значимость его как исключительно яркого экспериментального доказательства часто наблюдаемых врачами фактов.

Клиника дает немало ярких примеров влияния психики на течение и даже на исход болезней. И с точки зрения экспериментальных и клинических наблюдений, свидетельствующих о тесной и неразрывной связи психических и соматических процессов здорового и боль-

ного организма, становится совершенно очевидной правильность взглядов современных клиницистов, что нет только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме; жизненность его и состоит именно в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни (Мор) [1].

Следовательно, для врача теперь больше, чем когда-нибудь, исключаются метафизические представления о параллельных проблемах духа и тела. Современный врач должен представлять себе как здоровый, так и больной организм только в виде единого, нераздельного, гармонического материального целого, объединяющего психофизические процессы, как физиологические, так и патологические.

Исходя из такого представления о неразрывной связи психических и соматических процессов при болезни, современная клиника все более и более отходит от представлений об организме как о мозаике, созданной из отдельных органов и клеточных соединений, — представлений, явившихся прямым результатом господства целлюлярной патологии и пышного расцвета чисто морфологических взглядов на органы и их системы.

Современная функциональная патология учит нас необходимости считаться у постели больного с организмом как с целым, во всей сложности взаимоотношений важнейших его систем, его эндокринного и нервного аппарата, поэтому и мы все больше и дальше отходим в клинике от локалистического мышления, связанного с представлением о заболевании того или другого отдельного органа.

Основанная на функциональной патологии как учении о реактивности организма при заболеваниях его, вызываемых экзогенными и эндогенными патологическими факторами, современная клиника является уже не клиникой болезней органов — органопатологией, а клиникой болезней человека — антропопатологией.

Мы заменяем локалистическое мышление идеей об организме как психофизическом целом, отвечающем своей специфической реакцией как на эндогенные влияния, так и на экзогенные — биосоциаль-

[1] Mohr F. — „Klin. Wschr.", 1927, N 17, S. 772.

ные факторы среды, в которой развивается, живет и работает человек.

Говоря о клинике, о разных формах паторгии (Ресле), мы выделяем особо аллергические реакции организма и его отдельных систем, например сосудистой, и делаем из этой концепции далеко идущие и весьма плодотворные выводы для понимания возникновения, симптоматологии, прогноза и терапии многочисленных заболеваний. Врач привык учитывать реактивность и особенно повышенную чувствительность организма человека.

Мне кажется, что аналогично, хотя и на иных основаниях, иными путями и с помощью других механизмов, проявляется, развивается и влияет на течение болезни реактивность психики здорового и особенно больного человека на экзогенные раздражения. Это, к сожалению, еще очень мало учитывается врачами.

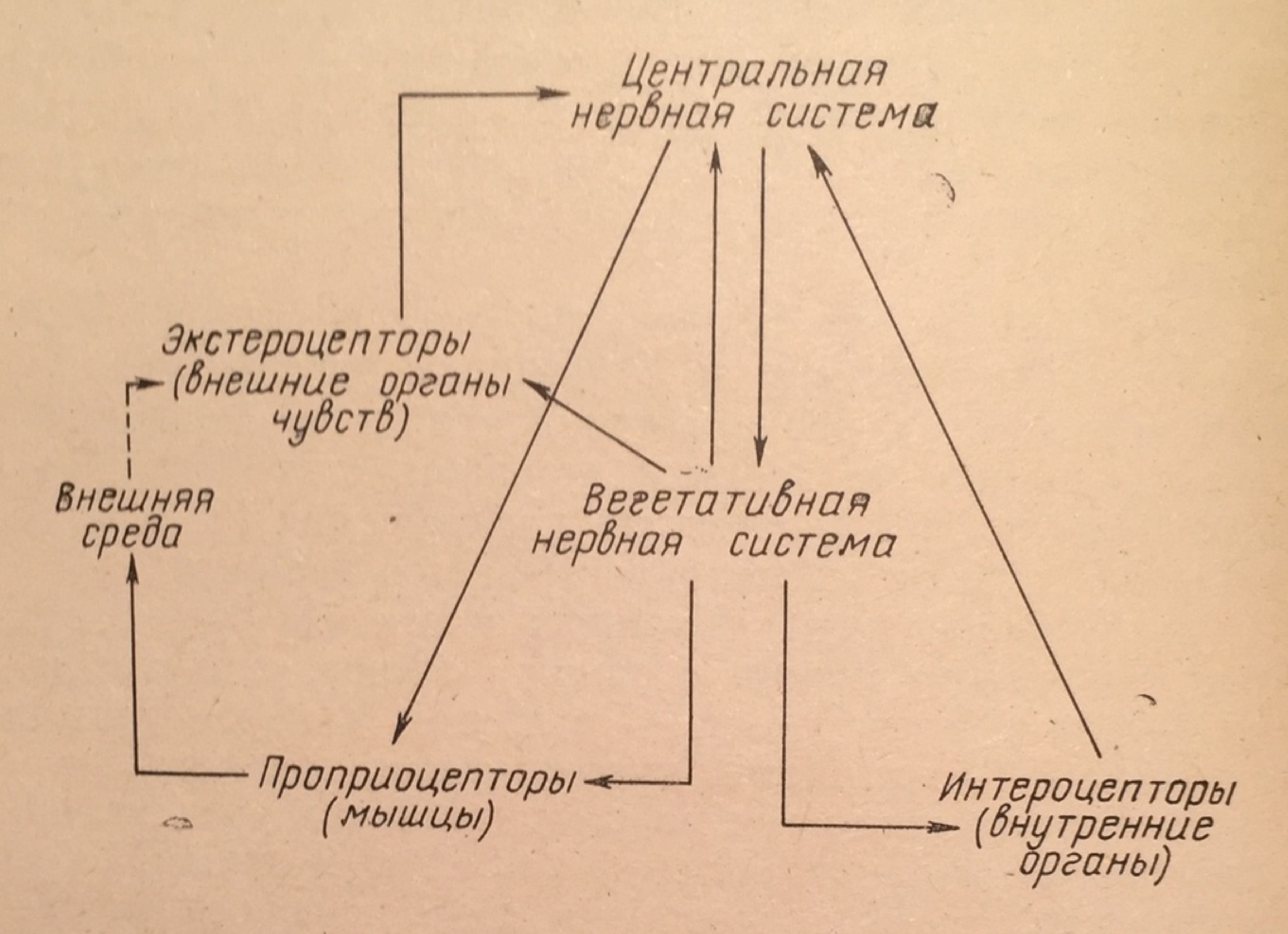
Связь между корой головного мозга как органа психики с внешним миром, с одной стороны, с внутренними органами и сосудами, — с другой, с локомоторным аппаратом — мышцами, сухожилиями, связками, — с третьей, осуществляется, по представлениям современной физиологии, нервной системой как единым целым. Сюда относятся: с весьма сложными соотношениями бесчисленные экстероцепторы, приносящие импульсы в кору из внешнего мира, интероцепторы, заложенные во всех внутренних органах в сосудистой стенке, хемоцепторы, ноцицепторы передающие болевые ощущения, и, наконец, проприоцепторы, сигнализирующие состояние локомоторного аппарата.

Схематически эти сложнейшие соотношения изображены весьма упрощенно на схеме (из работы М. Могендовича) (см. схему). Это все составляет только начало расшифровывания того, о чем говорил Сеченов, — темном самознании человеком его состояния здоровья или болезни, — того, что лежит в основе ответа больного на вопрос врача, как он себя «чувствует».

Это, разумеется, только начало научного понимания того, что я считаю внутренней картиной болезни, но начало многообещающее.

Из этих экзогенных факторов я хочу здесь отметить только один — влияние на человека врача, медицинского персонала и всей обстановки, связанной с изучением больного. Здесь прежде всего следует остановить-

ся на отношении врача к больному как на психогенетическом факторе, в одном случае действующем позитивно, улучшающем течение болезни, вплоть до выздоровления, в другом — действующем негативно, вызывающем иатрогенные заболевания.



«Слово для человека, — писал И. П. Павлов, — есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет, и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обусловливают те раздражения»[1].

Едва ли можно дать более точное научное определение тому влиянию слова врача и, прибавим, всего его поведения — мимики, выражения лица и т. д. — на функцию больших полушарий больного. Совершенно очевидно, что это влияние слова и поведения врача

[1] Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. М., Изд-во АМН СССР, 1952, с. 273.

будет особенно резко выражено, когда больной, как это чаще всего бывает, доверяет врачу и авторитетом врача подготовлен к сопровождающему врачебное действие внушению. Это слово врача и является часто источником интеллектуальной части аутопластической картины болезни. Таким образом, нет никакой необходимости принимать какие-то иррациональные пути возникновения представлений, создающих внутреннюю картину болезни у наших больных.

Концепция о внутренней картине болезни в обеих ее частях — сензитивной и интеллектуальной — получает солидное обоснование в современном учении о кортикальных регуляциях соматических процессов, на котором мы уже останавливались в предыдущей главе. Значительно расширив рефлекторную теорию высшей нервной деятельности, К. М. Быков в дополнение к рецепторам из внешней среды, получившим от Шеррингтона название экстерорецепторов, прибавил и широко развил учение о рецепторах, заложенных во внутренних органах и названных им интерорецепторами. Изучив огромный экспериментальный материал о влиянии интерорецепторов на процессы в коре головного мозга методом условных рефлексов, К. М. Быков подробно исследовал механизмы возникновения «временных связей» отдельных внутренних органов, их систем, а также общих для всего организма процессов обмена веществ, и выявил ряд весьма важных для клиники закономерностей. Так, было установлено, что даже весьма кратковременные, продолжающиеся секундами, раздражения могут вызывать в коре весьма существенные и долго продолжающиеся импульсы, уже по афферентным путям глубоко изменяющие поведение органов. Путем интерорецепции в кору сигнализируется состояние «внутреннего хозяйства» организма и в большой мере определяется самочувствие человека. Очевидно, этим путем возникают и могут быть расшифрованы те «темные» и «системные» чувства и ассоциации, о которых говорил И. М. Сеченов и которые иногда ярко отражаются в красивых образах больными.

К. М. Быков совершенно правильно утверждает, что в физиологии человека (а тем более в патологии, прибавлю я) нельзя противопоставлять рецепторы, воспринимающие раздражения внешней среды, рецепторам, воспринимающим раздражения внутренней среды. По-

этому он строит наряду с учением о круговом ритме также и учение о взаимодействии экстеро- и интерорецепторов и стройную концепцию о кортикальной регуляции на началах условных рефлексов и временных связей. Мне кажется, что эти новые достижения физиологии дают основание считать, что сензитивная часть внутренней картины болезни передается по интерорецепторам, интеллектуальная по экстерорецепторам, но в значительно более широком понимании их, включая не только внешние раздражения, но и мышление человека, возникающее под влиянием внешних раздражений.

Такова теоретическая база нашей концепции о внутренней картине болезни.

Дальнейшее углубление ее — дело комплексной работы физиологов и клиницистов.

Глава V. СИНТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Итак, и современное состояние учения о центральной нервной системе как субстрате психики, и учение о соотношениях психических и соматических процессов как единой биосоциальной сущности организма, и современное состояние нашего медицинского мышления, и накопившийся клинический и ежедневный практический опыт врача, — все это приводит к необходимости пересмотреть и углубить изучение внутреннего мира больного человека. Учение об анамнезе в широком смысле этого слова должно быть поставлено на значительно высшую ступень и разработано так же тщательно, как методика объективного исследования больного. Надо, однако, с самого начала отдать себе отчет в величайших трудностях, стоящих перед нами на этом пути. Мы не имеем здесь того прочного базиса, на котором строятся наши объективные методы исследования, и вместо законов физики, химии и биохимии, располагаем только весьма шаткими данными молодой еще науки — экспериментальной психологии.

Между тем этой стороне дела в преподавании в высшей медицинской школе, а также в учебниках по внутренним болезням уделяют очень мало внимания. Как правило, врач, расспрашивая больного и собирая анам-

нез, мало руководствуется теми или иными методическими предпосылками, и речь идет именно только о собирании субъективных жалоб, а не об изучении внутренней картины болезни у данного больного.

Еще большие трудности составляет, разумеется, критическая оценка показаний больных. Врач при расспросе должен считаться с психическим типом больного. Если и недопустимо всецело переносить на человека результаты опыта, проделанного на животном, то все же очень любопытно, что И. П. Павлов[1], изучая экспериментальные неврозы, установил у собак три главных психологических типа: нормальный в двух вариациях — спокойных, солидных животных и очень оживленных, подвижных и два отклонения от нормы — очень сильный тип и слабый тип, причем все эти типы животных, оказывается, различно заболевают после кастрации и у них при этом различно изменяются условные рефлексы.

И. П. Павлов считает, что эта классификация типов нервной системы у животных совпадает с классической классификацией темпераментов человека у Гиппократа.

Разумеется, значительно более сложны варианты нервно-психической сферы у человека, особенно у больного человека. Поэтому результаты изучения внутренней картины болезни зависят здесь не только от генотипических особенностей психики больного и от корреляции их всей социальной жизнью его, в первую очередь от условий труда, но и от состояния его нервно-психической сферы в данный момент, когда речь идет одновременно о влиянии болезненного процесса на психику и о влиянии психики на течение патологического процесса. Ибо нет никакого сомнения в том, что особенности психики данного больного подвергаются различным изменениям, весьма лабильным уже с того момента, когда pathos переходит у него в nosos когда здоровый человек превращается в больного. Именно здесь и необходимо при исследовании больного и его показаний строго учитывать его психическую реактивность и сенсибилизацию и отличать, что имеет под со-

---

[1] Павлов И. П. Двадцатилетний опыт изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., Медгиз, 1951, с. 430.

бой реальную почву и что является внушенным обстановкой, врачами, другими словами, что относится к реальной сензитивной картине болезни, а что является артефактом, созданным самим больным, содержанием интеллектуальной части его болезни. Надо сказать, что это требует известного опыта и не всегда легко, почему только методический анализ и обеспечивает правильное решение врача.

Всем хорошо известно из ежедневных наблюдений об изменении поведения и психики человека с того момента, когда он узнает о более или менее серьезной своей болезни, о необходимости подвергнуться операции, длительному больничному лечению, режиму, отличающему его от здорового человека и т. д. Зибек правильно говорит: «Если я знаю, что у меня имеется язва желудка, я совершенно иначе ощущаю изжогу и боли в желудке, чем когда я убежден в том, что она является только результатом приема не подходящей для меня пищи». В этом отношении особенно характерны изменения психики под влиянием ознакомления больного с содержанием того или иного анализа мочи, крови, испражнений, рентгеновского протокола, когда больной по-своему толкует результаты отклонений, стоящих на границе нормального, например, осадок уратов, фосфатов или оксалатов в моче, яйца власоглава в испражнениях, скрытую кровь в желудочном соке и т. д. Особенно резко меняются психика и общее самочувствие больных под влиянием недостаточно мотивированных сообщений лаборантов, рентгенологов, а часто и лечащих врачей, сделанных вскользь, между прочим, но резко травмирующих психику больных. Эти случаи и дают иатрогенные заболевания, когда *серьезная nosos появляется при отсутствии сколько-нибудь значимой pathos*.

Мы не можем здесь подробно останавливаться на исключительной важности вопросов о характере больного человека, что должно составить предмет отдельного коллективного труда психолога и клинициста. Я хочу только для освещения генеза внутренней картины болезни — и сензитивной, и интеллектуальной — остановиться на примере, который покажет, какие сложные закономерности должны существовать между болезнью, восприятием своих патологических ощущений больным и внешним их проявлением в речи и поведении больно-

го, если учесть хотя бы один только фактор — *эндокринный*.

Самая структура внутренней картины болезни как в сензитивной ее части, так и в интеллектуальной находится в большой зависимости от структуры личности больного, от его психологического профиля, который врачами-терапевтами, как правило, совсем не изучается и сплошь и рядом подменяется такими весьма нечеткими терминами, как неврастения, невропатия, истерия, истерическая реакция и т. д. Между тем психологи уже давно обратили внимание на то, что способность людей реагировать на раздражение, все их ощущения и вся моторика, являющаяся внешним отображением психических переживаний, дают богатую картину индивидуальных различий в зависимости от нервно-психического статуса человека. Уже ранние исследования Фехнера, затем Вундта и его школы показали, что *острота* ощущений обнаруживает очень большие колебания у различных людей. В области *моторной* деятельности — мимика, движения больного, походка, положение его, являющиеся в нашем случае уже объективным признаком внутренней картины болезни, — такое же богатство индивидуальных различий нашло свое выражение в учении об идеомоторных явлениях и выразительных движениях. Девятнадцатый век подвел под древнее учение о темпераментах экспериментальную психофизиологическую базу, выделив типовые особенности ощущений и движений человека; первая четверть XX века дала им детальное психологическое и физиологическое обоснование. Классические работы Павлова и его школы установили, как мы видели, у животных существование нескольких основных типов нервной системы, аналогичных до известной степени старым гиппократовским темпераментам, в зависимости от которых животные неодинаково реагируют на условия окружающей их среды и обнаруживают совершенно различную устойчивость в своем поведении. Особенности эти, наблюдавшиеся достаточно четко уже в нормальных условиях существования животного, с исключительной резкостью выявлялись при более трудных ситуациях, в патологических условиях жизни животного. В то время как животные с возбудимым типом центральной нервной системы реагировали на осложнение условий эксперимента срывом и резко выраженным неврозом (экс-

периментальный невроз), животные с устойчивой нервной системой не давали при этом никаких патологических реакций.

Экспериментальные данные, полученные на человеке, подтвердили наличие различных типов невродинамики. Ряд психологических исследований, поставленных специально в этом направлении, установил, что в экспериментальных условиях легко обнаружить и фиксировать нарушение реактивных процессов у неустойчивых, психопатических субъектов при относительно слабых раздражениях и небольших конфликтах.

Дальнейшие исследования показали, что эти особенности нервно-психической сферы интимно связаны с состоянием эндокринного аппарата и с нервно-гуморальным профилем данного организма. В этом отношении особенного внимания врачей заслуживают работы, показавшие, что существует весьма различная возбудимость для аппарата, воспринимающего ощущения. Исходя из анализа физиологических процессов инерции зрительного аппарата при его возбуждении, создающих так называемые эйдетические образы, намечается точный экспериментальный метод непосредственного изучения ряда весьма сложных особенностей нервно-психической сферы человека.

Эти работы установили, что инерция восприятия, т. е. способность видеть воспринятую вещь некоторое время спустя после фактического исчезновения ее из поля зрения — эйдетический образ, — сильно отличает нервно и гуморально стигматизированных субъектов, а характер этих эйдетических образов — их большая стойкость, объективность или большая лабильность, эмоциональность — указывает на то, что в одних случаях стигматизация локализуется в неодинаковых системах нервно-эндокринного аппарата и идет по тетаноидному типу, а в других — по базедовоидному. Исходя из этих конституциональных особенностей различных людей, некоторые авторы развернули целое учение о различном строении психики, различном характере восприятий и различных реакциях на раздражение у лиц, принадлежащих к различным эндокринным типам. Типологические исследования показывают, во-первых, как тесно сплетаются между собой внешняя (объективная) и внутренняя (субъективная) картины болезни и, во-вторых, какие огромные затруднения лежат на пути изу-

чения внутренней картины болезни, если врач хочет правильно оценить показания больного и использовать их для своей синтетической работы при постановке диагноза. Не исключено, что изучение эйдетических образов как индикатора нервно-психических процессов сыграет когда-нибудь свою роль при изучении заболеваний в самых ранних стадиях развития их.

Дальнейшее изучение вопроса показало, однако, что индивидуальные особенности в построении ощущений и двигательной сферы не находятся в простой зависимости только от врожденных особенностей данного лица, а являются также результатами и влияний среды, которые в свою очередь могут определять характер ощущений и действий иногда в такой же степени, как и конституциональные нейро-гуморальные особенности. И это имеет для изучения внутренней картины болезни не меньшее значение, чем определение темперамента или эндокринного профиля. Еще ранние исследования школы Вундта показали, что на характер реактивных процессов решающее влияние оказывает установка внимания испытуемого. Работы, связанные с влиянием апперцепции на ощущения, выяснили, что различная установка внимания может значительно изменять как остроту, так и характер ощущения. Ряд психологических исследований, и в первую очередь советских исследований Д. Н. Узнадзе, показал, что установка может весьма резко изменять характер и моторной реакции. Дальнейшими экспериментальными исследованиями была показана исключительная лабильность нервно-психических реакций и огромная изменчивость их под влиянием установки субъекта. Так, например, пороги ощущения в гипнотическом состоянии могут быть снижены во много десятков раз (К. И. Платонов, С. Я. Лифшиц). Следовательно, психологические процессы обладают способностью к огромной сенсибилизации реакций, протекающих в нервной системе.

Описанная выше установка внимания может длительно закрепляться, принимая у различных по своей психической структуре личностей весьма различное направление. Само течение психических процессов — эмоциональных, сензитивных и моторных, находясь в теснейшей зависимости от установки субъекта, может быть каждый раз далеко не одинаковым, если та или иная установка нередко патологически длительно закрепляет-

ся и перманентно меняет состояние реакций, изменяя, таким образом, до известной степени конституциональный профиль психики данного лица.

Терапевты еще очень мало знакомы с современными течениями экспериментальной психологии, обещающими создать методику исследования внутренней картины болезни и подвести научное обоснование под тот сложный психофизический комплекс, который старая медицина называла темпераментом человека. С этим комплексом считались лучшие врачи всех времен как при распознавании болезней, так и при установке прогноза и лечения. Еще Пэрри говорил, что часто не так важно знать, *какая* болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у *какого* человека развивается болезнь.

Но это, разумеется, еще далеко не все. Мы до сих пор говорили о конституциональных особенностях, создающих темперамент человека. *Психологический профиль больного* является результатом не только эндокринной стигматизации, но и установки, в свою очередь находящейся в теснейшей связи с интеллектом больного. Кто не знает, как часто бывает трудно оценить внутреннюю картину болезни у больного, затемняющего передачу своих ощущений, внося в нее значительную долю своей психической активности. Это больные, обычно люди высокого интеллекта — артисты, художники, ученые и особенно часто юристы, — которые стараются помочь врачу понять их ощущения и показать, «какой я умный» в медицинских вопросах. Вместо точной передачи своих реальных ощущений, т. е. сензитивной картины болезни, они дают часто артефакты, резко измененные на этот раз уже не эмоцией, как у людей базедовоидного типа, а самим рассуждением, своей критикой и самокритикой с гипертрофией самонаблюдения. Часто именно врачи, когда они заболевают, мешают поставить у них правильный диагноз, «помогая» своему коллеге разобраться в картине болезни. Это чаще всего психопаты астенического типа, конституциональные ипохондрики.

Диаметрально противоположный этому тип людей с более примитивным интеллектом выражает, как известно, свои ощущения иногда очень красочными метафорами, ярко передающими порой тонкие нюансы внутренней картины болезни и нередко лучше отражающими отдельные симптомы иногда в одном только слове, чем

длинные речи людей высокого интеллекта. Я много раз имел возможность демонстрировать своим слушателям-врачам на семинарах, как полезно прислушиваться к тем образам, в которые воплощаются тонкие ощущения этих больных, и запомнить эти метафоры ощущений.

На большом материале Отечественной войны я имел возможность наблюдать непосредственное влияние личности больного на происхождение целого ряда заболеваний. Для иллюстрации моей концепции о внутренней картине болезни я остановлюсь только на сочетанном течении внутренних и хирургических заболеваний, названных мной хирургическо-терапевтическими «микстами»[1]. Среди этих весьма многочисленных больных мне удалось выделить 5 различных типов сочетаний тех и других болезней. Между прочим в один из этих типов микстов входят относительно легко раненые, чаще всего с ранениями мягких тканей конечностей. Уже после заживления раны больной, начавший внимательно прислушиваться к своим ощущениям, предъявляет ряд весьма разнообразных жалоб в результате повышенной психической реактивности, а иногда слишком «внимательного» отношения врачей. Это часто вегетативно стигматизированные лица, у которых эмоции войны усилили эндокринный статус. Пренебрежение к изучению личности таких больных и внутренней картины их болезни ведет к тому, что они долгие месяцы без достаточных оснований находятся в госпиталях, тогда как именно госпитальное лечение для них противопоказано.

Я остановился на перечислении больших затруднений в анализе внутренней картины болезни, чтобы показать, что предстоит очень сложная работа по перестройке рациональной методики собирания анамнеза у больных, если мы хотим поставить его на высоту, требуемую современным состоянием науки. Разумеется, приведенными здесь данными ни в какой мере не исчерпываются даже важнейшие стороны проблемы рациональной методики изучения внутренней картины болезни. Я имею в виду только наметить путь, по которому должна идти наша работа в этом направлении; психологические же обоснования ее должны составить предмет особого исследования.

---

[1] Лурия Р. А. Хирургическо-терапевтические «миксты». — «Сов. мед.», 1942, № 7.

Остановлюсь очень кратко на важнейших недостатках обычного собирания анамнеза. Первым и наиболее важным недостатком я считаю анкетную форму собирания анамнеза, построенную на принципе «как бы чего-нибудь не забыть спросить у больного». Много погрешностей наблюдается у нас уже при собирании статистических данных. В графе о профессии, например, значится: «работает на конфетной фабрике», а при опросе больного оказывается, что он служит слесарем на этой фабрике и что это его основная профессия. Или трафаретные обозначения: рабочий, служащий, инвалид, иждивенец. Что они сами по себе в такой общей форме могут сказать врачу о психологическом профиле больного? Между тем анкетные данные должны отображать условия, созданные средой, в которой живет, работает, радуется, страдает и болеет человек. Мне кажется, что для психологического контакта с больным эта часть обследования не должна ограничиваться одним подчеркиванием напечатанной на истории болезни профессии, а в конкретной и живой форме должна отражать условия труда и быта больного.

В этом отношении особенно страдают даже излишне подробно написанные, но трафаретные истории болезни, где за большой писаниной исчезает часто живой человек. Еще больше это касается документации на различных этапах эвакуации, где о внутренней картине болезни часто и вовсе нет речи.

Но самым существенным недостатком является голое перечисление симптомов. Не говоря о тонких деталях внутренней картины болезни, анамнез чаще всего при этом не отражает самого главного — физиономии субъективного симптома, его динамики, условий его происхождения, — всего того, что делает симптом живым и ценным материалом для диагноза. Молодые терапевты должны научиться определять так же четко физиономию субъективных симптомов, как они умеют описать размеры сердца, характер и проводимость его шумов, характер пульса, тип аритмии и т. д.

Особенно важно изучить физиономию субъективного симптома в его динамике— эволюцию каждого симптома. Кто не знает, например, что, изучая время наступления и характер рвоты при язве желудка, мы легко ставим не только диагноз стеноза пилорической части, но примерно определяем давность этого стеноза, время,

когда наступило расстройство компенсации стеноза, и рентгенологическому исследованию остается только подтвердить правильность нашего диагноза. Хирург Мойнихан, дойдя до другой крайности, говорил даже, что для диагноза язвы и локализации ее анамнез — все, а объективное исследование — ничего. Глава *о характере* субъективных симптомов при разных заболеваниях должна составить один из важнейших отделов нового учения об анамнезе.

Огромную важность изучения субъективных жалоб больного, его анамнеза и того, что я называю *внутренней картиной болезни*, подчеркивают в последнее время виднейшие представители клиники. В этом, разумеется, гораздо легче убедиться на практической работе врача, чем при теоретическом изложении проблемы субъективного и объективного, психики и соматики и их взаимоотношений, как мы это пытались сделать здесь. Так, одним из убедительных примеров практической важности правильного изучения внутренней картины болезни является клиника холецистопатий. Как известно, особое значение имеет здесь распознавание старых, латентных форм функциональных и органических заболеваний желчных путей, — болезней, которые очень долго остаются нераспознанными, почему эти больные нередко переходят от врача к врачу с самыми различными диагнозами до грудной жабы включительно. Только внимательное и систематическое изучение внутренней картины болезни, — например, изменения настроения и психики больного, непереносимость определенной пищи, изменения вкусовых ощущений, немотивированный зуд, временами беспокоящий больного, и другие, на первый взгляд, очень мелкие и ничтожные симптомы, о которых больной не считает даже нужным говорить, — дает в руки врача маленькую ниточку, ухватившись за которую, он легко преодолевает большие затруднения в распознавании ранних форм холецистопатий, этих очень частых и практически важных заболеваний.

В другом месте я подробнее остановился на этом вопросе[1]. Не лишено интереса, что для правильного

---

[1] *Лурия Р. А.* Вопросы клиники и терапии холецистопатий. Доклад на 5-й научной конференции МОКИ (1934). — «Сов. клиника», 1935, № 1.

диагноза даже таких грубых органических заболеваний желчного пузыря, как желчнокаменная болезнь, изучение внутренней картины болезни имеет очень большое значение. Об этом говорят не только терапевты, но и хирурги.

Так, С. П. Федоров говорит: «В конце концов, в диагнозе холелитиаза и в особенности хронического рецидивирующего холецистита больше всего помогает точный анамнез, и только из анамнеза удается почерпнуть данные, указывающие на основное страдание и размер патологического процесса». Еще более красочно говорит об этом другой крупнейший хирург Кер. Он считает необходимым тщательно «записать анамнез; сопоставляя написанное с данными объективного исследования, можно до известной степени сквозь брюшные покровы видеть те патологические изменения, которые инфекция произвела в печени и в желчных путях». «Изучению анамнеза, — говорит Кер, — надо посвятить много времени, тогда как объективное исследование отнимает всего только несколько минут». Обычно, как учит мой опыт, поступают как раз наоборот, т. е. недооценивают изучение внутренней картины болезни и только потому не распознают ряд холецистопатий, что одно объективное исследование не дает врачу никаких данных для диагноза.

Не менее, если не более важное значение имеет внимательное изучение внутренней картины болезни для раннего диагноза рака желудка в первой, абсолютно скрытой, и во второй, относительно скрытой, стадии этой болезни. Как часто под маской малокровия, переутомления, неврастении, артериосклероза, хронической малярии и т. п. в течение ряда месяцев скрывается рак желудка, и как полезно для врача именно в этих случаях путем анализа внутренней картины болезни прийти к заключению о недостаточной мотивированности этих диагнозов и о необходимости искать для них другую причину, иными словами, подумать о возможности рака желудка и подвергнуть больного своевременному рентгенологическому исследованию. Я утверждаю, что умение врача подметить у больного отсутствие привычного приятного ощущения удовольствия во время еды, особого типа диспепсии («gastric discomfort» Эвинга) нередко скорее заставит врача подумать о начинающемся раке желудка, чем ряд тонких методов исследования рентгеном, гаст-

роскопом или изучение секреции желудка, или «специфические» реакции на новообразование [1].

Вторым недостатком в собирании анамнеза я считаю механическое перечисление *этапов заболевания* с указанием того, что говорил врач больному в той или иной клинике, амбулатории, диспансере и т. д. Такие данные имеют большую ценность, если они зафиксированы самим врачом; между тем, эта отнимающая много времени работа, регистрирующая передачу больным мнений разных врачей, часто совершенно бесполезна; в еще большей мере это относится к передаче больными результатов лабораторных исследований. Значительно больше пользы мы получаем от изучения динамики симптома и хронологии его, если вместо мнений врачей, искажаемых обычно больным, мы терпеливо выслушиваем от самого больного, как развивалась его болезнь и как изменялись на отдельных ее этапах его ощущения. Часто мы таким именно образом устанавливаем острый гастрит, задолго предшествовавший язве желудка или обострявший периодически язву, или первые признаки гипертонии в виде отдельных, неясных для больного легких головокружений, давления в груди после длинных публичных выступлений, лекций или аффектов и т. д. Это, разумеется, даст гораздо больше, чем разговоры больных (со слов лечащего врача) о начинающемся склерозе сосудов или о расширении аорты.

Таким образом, плановое систематическое собирание анамнеза с четким определением ведущих симптомов и их эволюции должно стать на место формального анкетного опроса больного. В результате такой работы перед врачом должна встать живая, *внутренняя* картина болезни, *живая личность* больного с его ощущениями и страданиями как физического, так и психического порядка.

Необходимо приступить к разработке психологически обоснованной методики собирания анамнеза. Молодые терапевты должны для этого ознакомиться с *основами психологии*, потому что нельзя, как это было до сих пор, полагаться только на одно искусство и природные дарования исследующего врача. Необходимо под накопленный опыт подвести теоретический фундамент.

---

[1] *Лурия Р. А.* О ранней диагностике рака желудка в амбулаторной практике врача. — «Сов. мед.», 1938, № 22.

В изучении психики больного человека огромное значение всегда будет иметь и личность самого врача. Здесь я хотел бы попутно подчеркнуть особенно печальный факт распространенной у нас «обезлички» врача — обстоятельство, которое, на мой взгляд, совершенно недопустимо во врачебной практике вообще, а для терапевта в особенности. К сожалению, мы так часто слышим от больного, что его лечил «какой-то врач», имени которого он даже не знает, несмотря на повторные и частые посещения амбулатории или на длительное пребывание в стационаре. «Обезличка» врача должна быть изжита и как можно скорее, если мы хотим поставить на высшую ступень качество лечебной помощи трудящимся, особенно в ранних стадиях болезни.

Здесь следует остановиться еще на одном обстоятельстве, которое часто играет немаловажную роль в создании «обезлички» терапевта и не только мешает его большой творческой работе, необходимой для создания синтетического, т. е. единственно правильного диагноза, но и в значительной мере нарушает ту психологическую связь между врачом и больным, без которой вообще невозможно ни правильное распознавание болезни, ни рациональное лечение. Я имею в виду обстановку работы терапевта. Говоря о роли ассистентов и присутствующих на операциях, Гиппократ определяет поведение их следующим образом: «Все протекает в глубоком молчании и в абсолютном подчинении распоряжениям хирурга». Следовательно, уже в те отдаленные времена в операционных установлена была строгая дисциплина, свидетельствующая о большом уважении к творческой работе хирурга со стороны его ассистентов и слушателей.

Так ли обстоит дело с работой терапевта? Я не говорю уже об обычном амбулаторном приеме, но даже в высококвалифицированных поликлиниках в кабинет терапевта считается допустимым войти когда угодно и сестре, и санитарке, и соседу-врачу, и вообще кому угодно, по делу и без дела. Это отвлекает врача от творческой работы, переключая его мышление на другое, мешая его наблюдению, нарушая его психологическую связь с больным, т. е. именно то, что лежит в основе осознания и оценки врачом внутренней картины болезни. Мне могут возразить, что это «мелочи», о которых не место говорить, когда речь идет об академических вопросах синтетической работы врача по созданию диагноза.

Но я утверждаю, что об этих «мелочах» следует говорить именно не в стиле административном, а с учетом работы терапевта как научно-исследовательской работы в каждом отдельном случае, когда он имеет дело с больным. И не только хирург, но и терапевт так же, как и каждый врач, должны во время своей работы сосредоточиться на большом творческом деле, а потому они имеют право требовать соответствующей обстановки, устраняя все, что нарушает эту работу. И разумеется, необходимо путем постоянного воспитания среднего и младшего персонала возможно скорее устранить эти «мелочи», в корне разрушающие творчество терапевта и, что еще более важно, подрывающие авторитет врача в глазах больного.

На огромном рабочем собрании секции здравоохранения Моссовета обсуждалась работа больниц и подчеркивались наши действительно большие достижения в этой области. Рабочий, явившийся в секцию прямо от станка в своей производственной одежде, выступил со следующим заявлением: «Я доставил со скорой помощью в больницу товарища, получившего тяжелое повреждение во время аварии, а вот принимающий врач вышел осматривать больного с папиросой во рту. Нехорошо мне стало в этой больнице.» Мне кажется, что это выступление рабочего лучше всяких академических рассуждений говорит о том, насколько глубоко прав был Гиппократ в своих предписаниях о поведении врача.

Едва ли когда-нибудь будет разработана схема для собирания анамнеза, которая удовлетворит вдумчивого терапевта. Что это ни к чему хорошему не ведет, учит нас богатый материал тех мертвых анкет, которые мы находим часто в историях болезни. Что лучше — предложить больному свободно излагать свои ощущения или непосредственно приступить к плановому расспросу его? Ни тот, ни другой метод сам по себе не приводит к цели. Лучше всего дать больному возможность сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может, и получить таким образом представление о его личности и об особенностях его психического профиля, а затем уже приступить к выяснению отдельных, преимущественно ведущих симптомов болезни. Такое поведение врача сразу создает необходимый психологический контакт с больным и доверие больного к врачу — это обязательное условие для изучения внутренней картины болезни. Разумеется, каждый отдельный случай не требует исполь-

зования всех приемов анализа, столь кропотливого, отнимающего так много времени; опыт врача позволит сократить и рационализировать эту работу.

В отношении методики изучения внутренней картины болезни можно идти по двум различным путям. В процессе расспроса врач может получить материал, являющийся результатом собственного внушения больному, и, таким образом, совершенно незаметно для себя получить не отображение того, что ощущает, испытывает и переживает больной, но то, что выхвачено из психики больного врачом самой постановкой вопроса. Следовательно, на место внутренней картины болезни встает ее артефакт, полученный воздействием врача на психику больного. Другой путь, — когда врач свободное, совершенно самостоятельное изложение больным своих ощущений, разумеется, введенное в русло плановости, подвергает критическому анализу, сопоставляет его с результатами клинических исследований и путем синтеза пытается получить правильное представление о сущности и динамике заболевания. Для этого врач должен хорошо знать конституциональные, соматические и психические особенности своего больного, другими словами, его психофизический профиль. Мы видели выше, что уже Пэрри правильно подчеркнул необходимость именно такого подхода к больному, советуя врачу изучать, у какого человека развивается болезнь.

Эти два пути творческой работы врача при его контакте с больным Фрейд ярко осветил своей знаменитой аналогией между работой врача и художника. Леонардо да Винчи рассматривает два метода работы художников. Одни из них идут per via di porre — путем наложения, например красок на полотно — и создают таким путем желаемый образ, другие идут per via di lavare — они снимают лишнее, отсекают, например, камень. Первый путь избирает художник, когда пишет картину, второй — скульптор, когда из бесформенной массы мрамора вызывает к жизни статую, воплощая в ней свой образ. Ставя диагноз и особенно изучая внутреннюю картину болезни, врач не должен идти per via di porre; он получит тогда артефакт внутренней картины болезни и пойдет по ложному пути. Путь врача — это via di lavare, когда он из рассказа больного о внутренней картине болезни должен снять всю интеллектуальную часть ее и подвергнуть критическому анализу сен-

зитивную ее часть. Таким образом он получит проверенный материал для сопоставления внутренней картины с данными клинического исследования и сможет составить синтетический диагноз, где представление о болезни будет гармонично слито с представлением о больном, о его психофизическом профиле.

Самое восприятие и осознание внутренней картины болезни, умение создать из нее путем сопоставления с остальными методами изучения организма больного синтетический диагноз требует, разумеется, от врача большой теоретической подготовки, глубоких знаний, умения владеть техникой, общего образования, но оно также требует от него большой чуткости в отношении к больному. Врач должен воспитать в себе умение наблюдать больного человека и наблюдать его именно так, как учил этому еще Гиппократ, т. е. учитывать не только грубые, бросающиеся в глаза факты, но также и мельчайшие симптомы, отличающие больного человека от здорового. Именно эти ничтожные отклонения, начиная с самого изложения больным своей внутренней картины болезни, выражение его лица, мимику, его походку, все поведение больного врач должен уметь и воспринять, и оценить наряду с результатами тончайшего физико-химического исследования крови, отделений и выделений больного, рентгенограммы и электрокардиограммы. И если прежде именно эта способность врача воспринимать тонко впечатления, получаемые от анализа больного, и составляла врачебное искусство, то теперь под эти особенности личности врача должны быть подведены строго научные обоснования, — дающие возможность воспитывать кадры современных терапевтов, которым наша эпоха ставит свои новые и сложные задачи.

И так же, как для всякой профессии, например, для авиатора, требуются определенные качества, определенный психофизический профиль, так и для врача необходимой предпосылкой являются некоторые особенности восприятия, определяющие, наряду со специальными знаниями, и его творческую работу, если врач хочет стоять на уровне современного терапевта.

Именно это хотел подчеркнуть Зигерист, когда говорил: «Хороший врач в Египте 4000 лет назад, хороший врач в Греции и хороший современный врач меньше отличаются друг от друга, чем мы вправе ожидать, принимая во внимание научные обоснования вра-

чебной деятельности в эти далекие различные эпохи». Хорошим врачом и, в частности, хорошим терапевтом надо считать, разумеется, того, кто, обладая большой наблюдательностью, опытом и умением понимать больного человека, соединяет эти качества с умением применять на практике достижения современной медицины.

Психологический контакт между врачом и больным является, как мы видели, необходимой предпосылкой для изучения внутренней картины болезни. Для советского врача здесь открывается особенно большое и исключительно благодарное поле для творчества, так как он работает в новых условиях, неведомых в капиталистических странах. Не надо забывать, что между больным и врачом в нашей стране не стоит уже больше бронированная стена классовых противоречий. Классовая общность интересов врача и больного, одинаковое классовое понимание как тем, так и другим окружающей обстановки, и вместе с тем гарантия для больного, что советский врач не является представителем угнетающего его класса и не имеет никаких других интересов, кроме заботы о здоровье трудящегося как строителя новой жизни, все это создает советскому врачу исключительно благоприятную психологическую обстановку для изучения внутренней картины болезни, обстановку, не существующую нигде в мире, кроме нашей страны.

Глава VI. ИАТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

Изучение внутренней картины болезни является результатом психологического контакта двух личностей — личности врача и личности больного. Влияние личности врача на психику больного настолько велико, что в целом ряде случаев оно иногда даже определяет течение болезни и во всяком случае играет исключительно большую роль в установке больного, резко изменяя окраску его ощущений, особенно интеллектуальную часть внутренней картины болезни. Мы видели, что многочисленные экспериментальные данные и ежедневные клинические факты подводят прочный научный фундамент под ту тесную и закономерную зависимость, в которой сома-

тические процессы связаны с состоянием психики человека. Это влияние врача на психику больного уже с первого момента психологического контакта обеих личностей представляет собой огромный *терапевтический* фактор и не только тогда, когда врач имеет в виду проводить психотерапию, но, что особенно существенно и важно, даже и тогда, когда он этого не имеет в виду делать и об этом не думает.

При современном состоянии наших знаний, когда мы отказались от локалистических установок медицинского мышления и считаем, что морфологические и функциональные патологические процессы теснейшим образом связаны в организме как в едином психофизическом целом, и когда идея о целостности организма ведет к *антропопатологии* как представлению о неразрывной связи соматических и психических процессов, психотерапию надо понимать только как *антропотерапию*[1]. В подавляющем числе случаев терапевт, влияя на своего больного, проводит эту антропотерапию эмпирически, чаще всего не задумываясь даже над тем, что он уже приступил к лечению больного.

Тем не менее даже эта эмпирическая, примитивная, не учитываемая, но фактически проводимая врачами психотерапия в огромнейшем числе случаев приносит больному весьма существенную пользу и лежит в основе успеха целого ряда терапевтических методов, значительно облегчая его страдания, а иногда давая ему даже и излечение. Происходит это потому, что врач располагает таким исключительно сильным орудием, как влияние на больного, как авторитетное слово, являющееся могущественным физиологическим раздражителем для больших полушарий мозга (Павлов). Отсюда совершенно ясно, что как и всякое другое терапевтическое средство, слово врача может иметь *не только полезное*, но и *вредное для больного действие*, причем это вредное действие всегда получается помимо воли врача и вопреки его лучшим желаниям, так же как при применении врачом всяких других терапевтических средств. *Поэтому, наряду с положительной полезной психотерапией, может возникнуть и психотерапия негативная*, дающая целый ряд заболеваний, где личность врача не только имеет влия-

[1] *Лурия Р. А.* Об антропотерапии. — «Сов. мед.», 1937, № 1.

ние на течение и исход болезни, но где врач принимает невольно то или иное, а иногда значительное участие в самом психогенезе болезни.

О. Бумке в небольшой статье «Врач как причина душевных расстройств», обратил внимание на эти вредные последствия неправильного влияния врача на психику больных и назвал такого рода психогенные заболевания «иатрогенными». Гаупп приводит несколько примеров отрицательной психотерапии врача «иатрогенными повреждениями». Останавливаясь на этих, по существу каждому врачу хорошо известных, заболеваниях, Бумке правильно отмечает, что характерная особенность их в том, что участие врачебного совета в происхождении иатрогенного заболевания остается неизвестным самому врачу, участвовавшему своим словом, поведением или советом в психогенезе заболевания. Причину и происхождение болезни устанавливает уже другой врач и нередко через значительный промежуток времени, когда больной является с внушенными ему врачом страданиями и с потерянным вследствие этого душевным равновесием. При этом больной оказывается либо совершенно здоровым человеком, либо страдает незначительным органическим заболеванием, не оправдывающим ни серьезное распознавание, ни плохой прогноз врача, высказывавшего в той или иной форме больному свои опасения и показавшего ему чем-нибудь, что дело идет о тяжелой форме болезни.

Об иатрогенных заболеваниях, хорошо нам всем знакомых, не принято обычно говорить, или о них говорят иронически и снисходительно, как о забавных курьезах. Между тем ознакомление врачей и особенно молодых врачей с психогенезом этих частых и тяжелых страданий, с причинами происхождения их является, по-моему, лучшим профилактическим средством против этих заболеваний. Это имеет, как я убедился при преподавании врачам, огромное практическое значение и избавляет врача от крупных терапевтических ошибок.

Об этих болезнях стали говорить за последние годы и психотерапевты, и гинекологи. Каннабих, Дубникова, Вольтгард, Липман, Флатау, Мейер, Дик, Тарло представили разительные примеры психогенеза гинекологических заболеваний, причем в возникновении их не последнее место занимают врачи. Эти заболевания настолько упорны, что, как удачно говорит Дик, «иногда гораздо

легче ликвидировать реального гонококка в половых органах женщины, чем выселить воображаемого гонококка из ее психики».

Едва ли, однако, в какой-нибудь области медицины имеется такое большое количество иатрогенных заболеваний, как в клинике внутренних болезней, притом заболеваний, нередко очень тяжелых и ставящих иной раз под сомнение самую жизнь больного.

Ю. В. Каннабих[1] дал интересный анализ реактивной депрессии иатрогенного происхождения и привел ряд любопытных случаев главным образом из области внутренней медицины. В последнее время, говоря о психосоматическом взаимоотношении при заболеваниях внутренних органов, о так называемой висцероэмотивной корреляции, М. И. Аствацатуров[2], как практический вывод из этой концепции, выдвигает борьбу с иатрогенными болезнями, которые принимают в случаях гипердиагностики угрожающие размеры и представляют большую опасность для больных. Он требует даже «психической асептики» от врача при постановке им диагноза и очень кстати обращает внимание не только психиатров и невропатологов, но и всякого врача на то, что «каждый больной», по удачному выражению Кричтон-Мюллера, «страдает своей болезнью плюс страх».

Психогенез заболеваний внутренних органов идет по самым разнообразным путям; источником его может быть вся окружающая больного обстановка (освещение медицинских вопросов в общей прессе — в газетах и журналах, заболевания близких больному членов его семьи или товарищей). Я хочу остановиться здесь только на тех заболеваниях внутренних органов или, правильнее даже, не на заболеваниях, а на представлениях о болезнях, которые возникают в сознании человека в результате воздействия врача на его психику, безразлично, здоровый ли это или больной человек, почему они правильно обозначаются как иатрогенные болезни, т. е. болезни, имеющие исходным пунктом поведение врача. Разумеется, речь идет здесь не

---

[1] Каннабих Ю. В. К профилактике одной из форм реактивной (иатрогенной) депрессии. Профилактика нервных и психических заболеваний. Сборник Мосздрава. М., 1928.

[2] Аствацатуров М. И. О психо-соматическом взаимоотношении при заболеваниях внутренних органов. — «Клин. мед.», 1934, № 9, с. 1268.

только непосредственно о лечащем враче, но часто и о медицинском персонале, лаборантах, рентгенологах и техническом персонале лечебных учреждений.

В области внутренних болезней иатрогенные заболевания могут быть весьма различного характера. Сюда относится, конечно, и неправильное лечение в результате неверного представления врача о сущности болезни, и назначенные без определенных показаний терапевтические мероприятия (например, неправильная диета, вызывающая, скажем, истощение больного организма, искусственные запоры и поносы). Но все это скорее диагностические или терапевтические ошибки врача, в огромном большинстве случаев совершенно извинительные и законные в нашей дисциплине, крайне сложной и требующей от врача разносторонней подготовки и широких познаний.

Не об этих случаях мы говорим здесь, а только о тех больных, у которых заболевание носит чисто психогенный характер и является прямым или косвенным результатом внушения врача, всегда помимо его воли и даже помимо сознания.

Надо, разумеется, иметь в виду, что не каждый больной или здоровый человек одинаково подвергается психической травме и получает иатрогенное заболевание в результате неправильного или неосторожного поведения врача, среднего и младшего медицинского персонала. Кроме авторитета врача, играющего здесь нередко решающую роль, возможность возникновения иатрогенной травмы и результаты этой травмы, ее последствия, содержание, объем и длительность их находятся, разумеется, также в зависимости от психического профиля больного, от его реактивности. Иатрогения особенно легко возникает у невропатов и психопатов с конституцией, отягощенной психопатической наследственностью. Сюда относятся астеники, в психике которых соматические процессы играют особенно видную роль, психастеники с их постоянной склонностью к сомнениям. Эти люди отличаются тем, что постоянно боятся за свое будущее, которое рисуют себе в мрачных красках, боятся за свое психическое и физическое здоровье. Сюда относятся также и циклотимики — эмотивно лабильные люди с тревожно-мнительным характером. Все эти группы психически неуравновешенных людей особенно предрасположены к иатрогенным травмам, и опыт учит, что у таких лиц

иатрогения легко может вызвать не только упорное и серьезное заболевание, но в отдельных случаях может стать даже причиной опасных для самой жизни психопатических реакций.

Психо- и иатрогенные заболевания внутренних органов можно легко разделить на две группы. В одних случаях у больного нет органического заболевания, и речь идет о субъекте, чаще всего склонном к функциональным расстройствам той или иной системы органов и внушившем себе после слов врача, неправильно им истолкованных, что он страдает тяжелой, опасной для жизни органической болезнью. В другой группе случаев налицо имеется органическое заболевание, течение и исход которого, однако, в значительной мере ухудшаются вследствие неправильного поведения врача, нарушившего психическое равновесие своего больного и таким образом создавшего неблагоприятную для течения болезни психическую ситуацию. В том и другом случае врач оказывается невольной причиной ухудшения состояния своего больного и, следовательно, участвует в психогенезе заболевания, применяя н е г а т и в н у ю психотерапию.

Именно такие две резко отличные друг от друга группы иатрогенных заболеваний мне в большом количестве пришлось наблюдать во время моей консультативной работы. Я уже упоминал выше об одной группе таких хирургическо-терапевтических «микстов», где ничтожное по существу функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы или еще чаще желудочно-кишечного тракта под влиянием необоснованных подозрений врача, влекущих за собой целый ряд анализов и рентгеноскопий, вырастает в сознании больного в «миокардит», «артериосклероз» или «язву желудка», «спастический колит». Другую весьма многочисленную группу составляли больные, не страдавшие никакими заболеваниями, но упорно считавшие себя тяжело больными вследствие неосторожно высказанного врачом предположения о наличии серьезного заболевания, иногда заносимого и в историю болезни.

В том и другом случае человеку вегетативно стигматизированному или вполне здоровому неосторожным словом или поведением врача прививалась и д е я б о л е з н и, а обстановка создавала весьма благоприятные условия для такой иатрогении. Такие больные обычно долго задерживаются в лечебных учреждениях, между прочим,

из-за того, что они переходят от одного врача к другому; не занимаясь исследованием внутренней истории болезни и не разбираясь в генезе ее интеллектуальной части, каждый новый врач долго и упорно теряется в поисках диагноза несуществующего заболевания.

Негативная психотерапия может травмировать больного в различные моменты деятельности врача и его помощников, вызывая при этом новое содержание интеллектуальной части внутренней картины болезни в весьма различных направлениях, и часто особенно тяжело отражается на переживаниях больного и его состоянии.

Практически важно рассматривать четыре главнейших момента в деятельности врача, ведущие к иатрогенным заболеваниям: собирание анамнеза больного, изучение внутренней картины болезни, оценка результатов лабораторного исследования больного и постановка диагноза и прогноза заболевания. Само собой разумеется, что и другие моменты деятельности врача, да и все поведение его, а также и помощников, является могучим психотерапевтическим фактором, который при определенной ситуации может стать и отрицательным, травмирующим больного агентом, вызывающим ложные представления о болезни в психике больного. Здесь я имею в виду остановиться только на практически особенно важных источниках иатрогении внутренних болезней.

Изучение генотипических особенностей больного и перенесенных им в прошлом заболеваний имеет огромное значение для понимания болезни, но именно здесь необходимо соблюдать величайшую осторожность, чтобы, изучая эту часть этиологии и патогенеза, одновременно не травмировать больного. В особенности это относится к злокачественным новообразованиям, к болезням сердца, к душевным болезням в семье больного. Уже одни настойчивые расспросы врача о раке у родителей и близких его родных заставляют больного насторожиться, и при определенном психологическом профиле больного такие вопросы легко создают тяжелую интеллектуальную надстройку над существующим конкретно заболеванием или вызывают ряд функциональных расстройств, не имеющих под собой никакого конкретного субстрата.

Мне пришлось однажды наблюдать мать и дочь; обе в течение $1^1/_2$ лет тяжело страдали, так как во время

болезни мужа первой и отца второй, погибшего от рака пищевода, лечащий врач настойчиво подчеркивал возможность наследственной передачи раковых новообразований и предостерегал их от заболевания раком. У матери оказался холецистит, который она считала медленно растущим раком печени, у дочери был аппендицит. Нужно было авторитетное разъяснение обеим, что рак пищевода сам по себе не заразителен и что рак вообще далеко не всегда передается по наследству, чтобы облегчить тяжелые психические переживания, вконец нарушившие покой этой семьи. Я знаю очень много больных, исходной причиной болезни которых явилась история болезни, в которой лечащий врач подчеркнул смерть отца или матери от рака желудка, причем у одних были те или иные, относительно невинные, заболевания пищеварительного аппарата, у других же пищеварение было в полном порядке, и психоневроз желудка появился под влиянием карциномофобии иатрогенного происхождения. В тех случаях, где действительно в семье имеется предрасположенность к раку, при расспросе больных большая осторожность врача не должна, разумеется, ни в коем случае переходить в другую крайность и препятствовать тщательному исследованию больного всеми возможными методами (в том числе и рентгеноскопия), чтобы обнаружить рак в самых ранних стадиях, но при этом нужно помнить о необходимости убедиться точнее в отсутствии рака.

Такая же величайшая осторожность требуется в отношении больных, у которых в семье имеются случаи внезапной смерти от заболеваний сердца. Врач должен, конечно, учитывать все эти генотипические особенности семьи, наследственную неполноценность отдельных органов или их систем, неполноценность, например, психонервной системы, но вместе с тем он не должен при исследовании фиксировать внимание больного на этих факторах, чтобы у больного не возникла мысль об обреченности в отношении этих заболеваний.

То же относится и к некоторым заболеваниям, перенесенным самим больным. Так, например, принимая к сведению и учитывая бывший у больного сифилис, нет решительно никаких оснований фиксировать именно на нем внимание больного, если в данном случае нельзя говорить о висцеральном сифилисе или ставить данную клиническую картину в генетическую связь с перене-

сенной сифилитической инфекцией. Это ни в какой мере не мешает, разумеется, назначению в том или другом виде специфического противосифилитического лечения с соответствующим разъяснением больному, что оно имеет чисто профилактическое значение. Так же следует поступить в отношении так называемых стрептококковых ангин. Связывая наличие стрептококка в зеве с идеей хрониосепсиса, больные склонны считать субфебрильную температуру выражением сепсиса и эндокардита, смешивая endocarditis lenta с другими болезнями сердца.

Большая осторожность требуется здесь при изучении анамнеза, чтобы не фиксировать внимание больного на стрептококковой ангине и избавить его от иатрогенной травмы, прямым следствием которой являются психоневрозы сердца.

Этот стрептококк часто после весьма кратковременного пребывания в зеве целые годы остается в сознании больного, и идею о стрептококковом сепсисе нелегко изгнать. Не правильнее ли врачам вовсе не информировать больных о стрептококковой форме ангины, не доводить этого до их сведения, тем более что практически для профилактики и лечения это не имеет того значения как, например, при дифтерии.

То же до известной степени относится и к малярии, особенно в эндемических очагах ее или у лиц, побывавших там. Под влиянием широко используемого диагноза малярии с подчеркиванием тяжелых, свойственных главным образом тропической форме ее осложнений и последствий идея о «хронической», трудно излечимой малярии прочно овладевает сознанием больного.

Если для этого нет достаточных оснований, не следует при собирании анамнеза вновь фиксировать эту идею, лучше попытаться разубедить больного в неизлечимости малярии, тем более что под этим привычным для него диагнозом часто, как известно, скрываются другие заболевания (туберкулез и др.).

Я не буду останавливаться на шизофрении и других душевных заболеваниях в семье больного. Каждый тактичный терапевт, учитывая их, внешне спокойно пройдет мимо этих фактов, хорошо зная, что наличие такой наследственности уже само по себе составляет психическую травму для человека, усиливать которую подробными расспросами нет никаких оснований, тем более

что это не является признаком большой добросовестности врача в собирании анамнеза.

Аллерс с большим основанием предостерегает врачей от фиксирования внимания больного на предрасположении его к тому или иному заболеванию, на наследственности и конституции его организма и советует только тогда останавливаться на этих вопросах, когда речь идет, например, о вступлении в брак с лицом, предрасположенным к тому же заболеванию, и т. п.

Мы уже видели, что изучение внутренней картины болезни представляет серьезную и технически нелегкую задачу для врача, задачу, далеко выходящую за пределы регистрации даже в плановом порядке субъективных жалоб больного. Самая методика изучения внутренней картины болезни еще далеко не разработана, и требуется большая предварительная подготовка, чтобы поставить дело освоения врачом внутренней картины болезни в каждом отдельном случае на требуемую высоту. Но совершенно очевидно уже сегодня, что самый анализ внутренней картины болезни вольно или невольно всегда является могучим психо-терапевтическим воздействием врача на больного и нередко на все течение болезни. Часто после неосторожно поставленного врачом вопроса больной тотчас же ищет другого, более авторитетного для него врача, чтобы найти разрешение своих сомнений и переживаний, возникших в момент изучения внутренней картины болезни первым врачом, причинившим ему психическую травму. Я знаю немало случаев, когда больные, у которых не было никаких оснований говорить о язве желудка или тем более о раке его, решались на длинное путешествие в центр только потому, что врач настойчиво добивался у них признания, что когда-то у них был дегтеобразный кал, характерный, по мнению врача, для этих болезней. Или же, что представляют собой настойчивые расспросы врача с целью получить признание больного, что боли отдают обязательно в левую руку как доказательство наличия грудной жабы? Что это, как не психическая травма?

Мне пришлось видеть немало случаев в эвакогоспиталях, когда эти фиксированные на прежних этапах врачами симптомы, например, дегтеобразного кала, белка в моче, скрытой крови, составляли **единственную** жалобу практически вполне здорового человека. Такой фиксации симптома в психике исследуемого очень спо-

собствуют рассуждения врачей во время частых консультаций, на экспертных комиссиях, но особенно во время демонстраций их врачам и студентам, когда, увлекшись преподаванием, так легко забывают, что объектом его является живой человек, часто с весьма болезненной и восприимчивой психикой.

При изучении внутренней картины болезни врач должен сосредоточить все свое внимание на получении четкого представления о тончайших нюансах переживаний больного и постараться уловить генез этих ощущений, но ни в каком случае он не должен фиксировать в сознании больного тот или иной симптом. Особенно необходимо опасаться внушить больному то или иное ощущение. Между тем опыт показывает, что это очень легко сделать, особенно у больных с лабильной эмоциональной психикой, и этот-то артефакт ощущений и является исходным пунктом иатрогенных заболеваний. Сколько раз мне приходилось видеть, как больные излагают свои ощущения, точно выученный по книжке урок, и как легко было убедиться в том, что это результат частого обращения больного к разным врачам, которые вели исследование жалоб трафаретно, в одном и том же направлении. Особенно ярко это выражено в области пищеварительного аппарата, когда под влиянием еще прочно укоренившихся предрассудков, например, о разнице между белым и красным мясом или об абсолютном вреде яиц при заболеваниях печени, больные устанавливают связь между своими болями и диспепсическими расстройствами и приемом той или иной пищи.

Особенно часто больные склонны утверждать, что заболевание началось именно с того момента, как они «отравились» рыбой, свининой, красным мясом, что ни в какой мере не соответствует действительному происхождению имеющихся налицо клинических фактов. Так именно возникают многочисленные «психические аллергии», или ложная непереносимость, например, сливочного масла, молока, сырых овощей и фруктов, внушенные больному частенько еще в детстве в семье, но иногда и врачом, разделяющим ряд прочно еще сохранившихся устаревших взглядов, опровергнутых давно нашей наукой[1]. Таким образом, анализ внутренней картины бо-

[1] Лурия Р. А. Аллергические заболевания пищеварительных органов и нутритивная аллергия. — В кн.: Проблемы теоретической и практической медицины. М. (ЦИУ). Сборник № 1.

лезни может с самого начала и до конца стать и положительным, и отрицательным психо-терапевтическим фактором, иногда определяющим надолго судьбу больного.

Глава VII. ИАТРОГЕНИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ЛАБОРАТОРНОГО, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Не менее часто иатрогенные заболевания бывают связаны непосредственно с инструментальным или лабораторным исследованием больного. В одних случаях дело идет о переоценке им тех или других данных анализа или рентгенологического исследования, в других — причиной иатрогении являются совершенно фантастические толкования больным этих документов. В том и в другом случае врач, если он недостаточно осторожен, может стать непосредственным виновником заболевания, внося во внутреннюю картину болезни новую, господствующую в сознании его, императивную идею, которая не только травмирует психику больного, но непосредственно влияет через центральную нервную систему на соматические функции организма.

Лабораторное исследование больных с выдачей им на руки результатов исследования и диагнозов, недостаточно полных и мотивированных, представляет еще одну опасность, которая, на мой взгляд, недостаточно учитывается и часто влечет за собой не только неприятные, но и тяжелые для больного последствия. Я говорю о психической травме больных, получаемой ими вместе с анализом и диагнозом в этих документах. Бесчисленные факты иатрогении такого происхождения очень трудно систематизировать. Они известны каждому внимательному врачу. Я остановлюсь здесь только на нескольких особенно частых и резко выраженных случаях такой иатрогении в области внутренних болезней.

Анализы мочи вызывают тысячи сомнений у больных из-за наличия, например, «кирпично-красного осадка», который больные склонны связывать то с образованием

камней в мочевых путях, то со злокачественным процессом в почках, то с подагрой, смешивая с ней мочекислые диатезы. Часто отметки о единичных лейкоцитах, нитях слизи и особенно о неизмененных эритроцитах заставляют больного насторожиться. Эта микрогематурия, очень частая, например, при оксалурии и, как известно, сама по себе не имеющая большого значения, у невропатических субъектов, у которых особенно часто как раз и встречается эта оксалурия, заставляет больного думать о нефрите, туберкулезе почек и владеет сознанием больного до тех пор, пока авторитетный врач не уничтожит его сомнений.

До известной степени это относится и к доброкачественной альбуминурии, о которой еще мало знают практические врачи. Она, как известно, встречается у молодых лиц, нередко после физических напряжений. Я иногда видел людей практически здоровых, но с прочной идеей о нефрите, подкрепляемой трафаретно назначаемой врачами специальной диетой.

Еще чаще причиной иатрогенных заболеваний являются анализы желудочного содержимого и испражнений. Эти анализы, особенно на курортах, где времени много и больной, оставив свою интенсивную работу и житейские заботы, занят исключительно только своим лечением, т. е. имеет особенно благоприятную обстановку для фиксированных идей в области своего здоровья, — эти анализы изучаются особенно длительно и часто подвергаются, например, в ожидании очереди в лаборатории, коллективному обсуждению группы товарищей по санаторию, по дому отдыха и т. д. Учет состояния кислотности желудочного сока, которая сама по себе имеет весьма относительное значение, или стремление сравнивать результаты ряда анализов и делать из этих сопоставлений определенные выводы о наличии катара желудка или язвы его, часто вызывают иатрогению, когда врач обращает особенное внимание на цифровые данные анализа и фиксирует эти оторванные от остальной клинической картины факты в сознании больного. Сколько больных страдают, например, ахилией не потому, что имеют те или иные неприятные диспепсические явления, а потому, что врач обратил их внимание на зловещий нуль, стоящий в графе «свободной» соляной кислоты в анализе желудочного сока, не потрудившись разъяснить больному многогранность это-

го симптома и прививая ему таким образом идею о тяжелом дефекте пищеварения.

Десятки лет, с тех пор как было установлено отсутствие соляной кислоты в желудке раковых больных, ахилия считалась патогномоничной для рака желудка. Несомненно, анацидный желудок не может считаться здоровым и полноценным, но состояние ахилии все же не адекватно раку желудка, и во всяком случае ахилия не должна лишать больного психического равновесия, нарушение которого, как мы хорошо знаем, уже само по себе может вызвать понижение секреции желудочного сока вплоть до функциональной ахилии.

Не меньшую роль в анализах желудочного сока в смысле иатрогении играет реакция на молочную кислоту. Мы хорошо знаем, что положительная реакция на молочную кислоту имеет значение только в определенных условиях при тщательной методике назначения пробного завтрака, когда имеется уверенность, что она не является продуктом застоя в желудке или случайных погрешностей в технике исследования. Но этого не знают больные. Я видел случай резко выраженной иатрогении в результате наличия в анализе желудочного содержимого молочной кислоты при наличии нормальной общей кислотности и свободной соляной кислоты. Врач на курорте, где лечилась больная, обратил ее внимание на положительную реакцию на молочную кислоту. Ввиду того, что в семье больной был случай рака, этого было достаточно, чтобы больная потеряла душевный покой, перестала есть, у нее появились диспепсические явления — тяжесть под ложечкой, тошнота. Больная сильно похудела, что, разумеется, явилось для нее лишним основанием для самых мрачных мыслей о природе желудочного заболевания. Не закончив лечения, она вернулась в Москву и в состоянии сильной депрессии явилась ко мне, поставив вопрос о необходимости операции и настаивая на немедленной консультации с хирургом. Для меня было совершенно очевидно, что дело идет о неправильном анализе, но я не стал разубеждать больную и предложил сделать новый анализ в авторитетной обстановке. Через 10 дней больная явилась сияющая с анализом, где не было молочной кислоты, на которую в лаборатории было предложено обратить особое внимание, и заявила, что она себя отлично чувствует. Совершенно очевидно, что это был

случай психоневроза желудка в результате иатрогении лабораторного происхождения.

Нередко наличие скрытой крови, подчеркнутой для чего-то врачом в анализе желудочного содержимого, вызывает идею о язве или раке и становится источником тяжелого иатрогенного заболевания, заставляющего человека искать помощи у специалистов. Между тем мы хорошо знаем, что наличие скрытой крови в желудочном содержимом очень часто не имеет совершенно никакого значения, но об этом как раз ничего и не говорят больному при вручении анализа.

Или возьмем, например, анализ испражнений. Сколько новых ощущений рождает у больных анализ, где обнаруживают яйца власоглава, или же указание на детрит при микроскопии кала. Больной считает, и совершенно правильно, что детрит, — это распад, а отсюда рождается и фиксируется в сознании идея о патологическом процессе в кишечнике, сопровождающемся распадом, — о язве, новообразовании и т. п. Еще хуже обстоит дело со скрытой кровью в испражнениях, если больной под влиянием разговоров в лаборатории или вследствие неосторожности врача, читающего анализ, фиксирует свое внимание на этом симптоме, имеющем, как известно, серьезное значение только при соответствующих условиях (подготовка больного в отношении пищи, отсутствие геморроя и т. д.).

Приведу из множества других примеров только 2 случая неправильного толкования больным своих анализов, нередко с участием врачей.

Случай 1. Больной, 42 лет, только что вернулся из Железноводска, куда был направлен вследствие гастрита. У него был найден компенсированный туберкулез легких с упадком питания, и врач сознательно не направил его в Ессентуки, полагая, что климат Железноводска лучше восстановит здоровье больного. В Железноводске ряд повторных анализов, сделанных по желанию и врача, и самого больного, показал отсутствие свободной соляной кислоты в желудочном содержимом. Больной сначала отлично себя чувствовал, прибавил быстро в весе, диспепсические явления исчезли. Но так как, по словам врачей, Железноводск не показан при «ахилии», больной стал задумываться над врачебной ошибкой, а ряд анализов убедил его в том, что ахилия могла бы, конечно, исчезнуть, если бы он был послан в Ессентуки. Больной потерял покой и явился с десятком анализов и целым рядом доводов против пославшего его в Железноводск врача. Кому нужны были эти анализы? Кого они убедят в том, что врач поступил не вполне правильно, послав больного именно в Железноводск? Ведь показания к назначению на курорты — только схема, клиническое пра-

вило, допускающее с успехом много исключений (сравните мнения Ноордена, Поргеса, Фабера и многих других крупных специалистов по болезням желудка о бальнеологическом лечении желудочно-кишечных больных).

Случай 2. Больной Б., 44 лет, литератор, страдает спастическим запором психогенного происхождения и геморроем. Представил ряд анализов испражнений, в которых кал упорно оказывался покрытым слизью и давал «резкую положительную» реакцию на кровь, подчеркнутую внимательным врачом синим карандашом. Больной поэтому боится есть, худеет, уверен, что у него рак, так как реакция на кровь вот уже полгода положительная, и он ставит вопрос об оперативном вмешательстве.

Вопрос о лабораторных анализах как частой причине иатрогений начинает беспокоить уже и самих заведующих лабораториями. В этом отношении особенная осторожность требуется со стороны как лаборантов, так и технического персонала, например, когда дело идет об анализах крови по Вассерману или мочи на гонококки.

У меня имеется целый ряд очень тяжелых случаев иатрогении такого происхождения, но я остановлюсь лучше на случаях, опубликованных другими авторами.

Дубникова[1] приводит трагические случаи самоубийства в результате иатрогенной травмы. «Речь идет о здоровой девушке 18 лет, заболевшей простой ангиной, диагностированной известным ларингологом; по совету знакомого врача больная произвела исследование крови по Вассерману, давшее один плюс; несмотря на то, что дальнейшее наблюдение не обнаружило сифилиса, больная, тяжело потрясенная положительной реакцией Вассермана, впала в сифилофобию и кончила самоубийством. Другой случай касается больного, заболевшего типичным мягким шанкром, где не было никаких симптомов сифилиса; сeрореакция, произведенная многократно, давала отрицательный результат, за исключением последнего раза, когда получился один плюс, что побудило больного отравиться».

Александров пишет: «В нашей лаборатории был также один случай самоубийства (сообщено мне старшим лаборантом И. Т. Яковлевым), который по своему характеру можно отнести к острым реактивным состояниям.

В 1928 г. в лабораторию был прислан больной с подозрением на твердый шанкр. Спирохеты были най-

---

[1] Дубникова Е. И. К вопросу об иатрогенных заболеваниях. — «Врач. дело», 1928, № 8.

дены. Больной обратился к лаборанту за разъяснением анализа; лаборант в объяснение анализа не входил и только сообщил о необходимости лечения в стационаре. По существующим правилам больной должен был быть госпитализирован, но под различными предлогами уехал, имея на руках результат лабораторного исследования, который, конечно, прочитал, каких-либо расстройств в лаборатории не проявлял, но тем не менее при обратной поездке выбросился за борт парохода и утонул»[1].

В этой же статье К. А. Александров приводит менее трагический, но досадный случай.

Больная К., 23 лет, обратилась к врачу-гинекологу по поводу явлений цистита. В разговоре с больной врач намекнул на возможность триппера. На больную это произвело очень сильное впечатление. Врач осмотрел ее и направил в первую очередь в лабораторию для исследования мочи. После получения анализа больная была убита горем, так как нашла в нем указание на большое количество «трипперфосфатов» (орфографию оставляем без изменений. — *К. А.*). Значит, она действительно больна триппером. Психически травмированная больная была направлена в урологический кабинет, где ей провели курс лечения цистита; стоило многих трудов убедить больную, что она триппером не больна.

Приведу еще случай, любезно сообщенный мне проф. В. Ф. Зелениным.

Больная, 52 лет, заведует меховым магазином, страдает бронхитом. В интересах выяснения аллергической природы заболевания предложено сделать анализ крови (в поисках эозинофилии). Через два дня тревожный телефонный звонок: «Умоляю немедленно принять, у меня найдено смертельное заболевание: тяжелый туберкулез, РОЭ — 38». Такое объяснение получила больная от словоохотливой лаборантки на свой вопрос о РОЭ. Эозинофилы оказались в крови в норме, но ночью у больной разыгрался типичный приступ бронхиальной астмы.

Необходимо отметить, что за последние годы исследование крови на РОЭ стало очень часто причиной иатрогений, и я знаю больных, не испытывающих решительно никаких болезненных ощущений и практически здоровых, которые годами лечились от ненормальной, по их мнению, РОЭ и были очень травмированы этой РОЭ.

Весь вопрос о выдаче лабораториями анализов на руки, а также о разговорах об этом с больными должен

---

[1] Александров К. А. Иатрогенные заболевания лабораторного происхождения. — «Сов. мед.», 1939, № 1.

быть коренным образом пересмотрен, и не только с точки зрения возможности иатрогенных травм. Едва ли позволительно и полезно для дела, если лаборант при всем нашем уважении к анализам, имея в руках все же результаты одного только лабораторного исследования, считает возможным высказывать свои соображения о диагнозе и особенно о прогнозе болезни. Я знаю, например, немало случаев, когда в лаборатории уверяли больных, что у них нет малярии потому, что исследование крови даже в толстой капле дало отрицательный результат на плазмодии. Между тем у больных была типичная картина крови, характерная для малярийной инфекции (лейкопения, моноцитоз, олигоцитемия, низкие показатели гемоглобина). Кто не знает случаев, когда больной является к врачу с многочисленными отрицательными анализами на яйца глист в испражнениях в одной руке и с экземпляром аскариды в другой?!

Не следует ли из-за этого подумать о дисциплине в аналитических лабораториях в отношении санитарного просвещения больных, так легко переходящего в тяжелую иногда иатрогению? Я думаю, что следует.

Не реже, чем лабораторные анализы, иатрогенные заболевания вызывают рентгенологические исследования больных, и чем чаще применяется рентгенодиагностика, чем больше достижений имеется в рентгеновской технике, тем чаще и более неожиданны становятся эти иатрогении. В основе такого психогенеза внутренних заболеваний лежит прежде всего глубокое убеждение в непогрешимости рентгеновского метода, убеждение в том, что рентгеновскому аппарату всегда и по праву принадлежит последнее и решающее слово в диагнозе болезни. Сама обстановка рентгенологического исследования непонятна для больного, а потому не может не действовать на его психику. Хотя уже много лет прошло с того времени, как Гете написал «Фауста», но надо сознаться, что и в наши дни все еще имеют большую долю правды слова Мефистофеля о больных и их настроениях:

> «У нас ведь все к чудесному стремятся,
> Глядят во все глаза и жаждут удивляться»...
>
> (Гете. «Фауст»).

Эта жажда удивляться и создает психическую почву, весьма благоприятствующую возникновению иатрогении

при рентгенологическом исследовании. Это упрощенное представление о рентгенодиагностике распространено не только среди больных, но и среди врачей. Но не меньшее значение имеет здесь и поведение врачей-рентгенологов, часто совершенно упускающих из вида, что за экраном стоит человек с огромной верой в аппарат и в рентгенолога, с нетерпением ожидающий рентгеновского приговора, — больной, в психике которого своеобразно преломляется наша терминология,—человек, внутренняя картина болезни которого иногда создается здесь же, во мраке рентгеновского кабинета. Можно привести бесчисленные примеры иатрогенных заболеваний, возникших после демонстрации больного студентам и врачам, после коллегиального обсуждения рентгенологической картины на экране.

Мне припоминается следующий случай. Больной Г., литератор, которого я давно знал, человек большой культуры, пришел ко мне с жалобами на недавно появившиеся диспепсические явления. Когда я, осмотрев его, заявил, что дело идет о случайном, преходящем расстройстве пищеварения, он с горечью заявил: «Да, это было бы так, но у меня bulbus duodeni нечетко отшнуровывается», и показал мне рентгеновский протокол. «Но ведь он может совсем отшнуроваться», возразил он, когда я, прочитав протокол, не нашел там ничего подозрительного в отношении органического заболевания. С идеей о том, что bulbus duodeni отшнуруется, что, несомненно, грозит большими неприятностями, больной носился с самого момента исследования и получения рентгеновского протокола, и понадобилась целая лекция по анатомии и физиологии желудка, чтобы рассеять его сомнения. Прошло, однако, еще немало времени, пока больной отделался от своей иатрогении и от своих сомнений, а вместе с ними исчезли и диспепсические явления. На ничтожную сензитивную внутреннюю картину болезни этого очень культурного больного наслоилась огромная интеллектуальная часть ее, составившая в конечном счете сущность всего заболевания. Дело шло о чистом психоневрозе желудка иатрогенного происхождения вследствие психического конфликта в результате рентгенологического исследования.

Особенно часто иатрогенные заболевания возникают, когда рентгенолог находит гастроптоз, если это состояние резко выражено. Обычно это явление наблюдается

у женщин с конституциональным или приобретенным спланхноптозом. До рентгенологического исследования они сплошь и рядом никаких жалоб на пищеварение не предъявляют, и птоз является случайной находкой, например, при диспансеризации или при углубленном клиническом исследовании этих лиц по другим поводам. Факт опущения желудка, особенно если он демонстрируется в рентгеновском кабинете окружающим как нечто исключительное, производит потрясающее впечатление на подвергающихся исследованию. Я наблюдал много случаев, когда женщина, клинически совершенно здоровая, с безукоризненным пищеварением, выходит из рентгеновского кабинета уже больной и в ближайшие дни начинает предъявлять целый ряд жалоб на тяжесть под ложечкой, отрыжку, тошноту, нередко появляется страх перед едой и другие более тяжелые диспепсические явления до рвоты включительно. «Помилуйте, — сказала мне одна такая больная, — как же я могу все есть, когда желудок находится у меня на матке. Это совершенно точно было выяснено в рентгеновском кабинете, мне это сказал врач и показал даже другим врачам и студентам». Здесь у совершенно здорового человека выросла богатая интеллектуальная внутренняя картина болезни, вызвавшая у нее вторично ряд новых ощущений. Эти ощущения могут иметь своим субстратом, например, гипотонию желудка, которая так легко присоединяется к гастроптозу в результате психической депрессии, вызванной иатрогенно, но могут возникнуть и без всякого субстрата в желудке, как чистый психоневроз его.

Аналогичные симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы легко возникают у астеников, когда они узнают в рентгеновском кабинете о своем «капельном» сердце. Особенно часты заболевания иатрогенного происхождения в области болезней желудка. Прежде всего это касается распознавания язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которое теперь производится особенно часто хотя бы по одному тому, что больные совершенно правильно не доверяют диагнозу желудочного заболевания, если оно не документировано рентгенологическим исследованием. Из огромного материала, который имеется в моем распоряжении, привожу только два случая, иллюстрирующие эти заболевания и практические результаты неосторожного поведения рентгенолога.

Случай 1. Больная С., 32 лет, работала участковым врачом. Появились диспепсические явления, давшие ей повод думать об органическом заболевании желудка. Рентгенологическое исследование обнаружило гипотонию желудка и гастроптоз, но в протоколе имелись еще указания на «стойкое пятно» в области луковицы, почему рентгенолог высказал подозрение на язву. Хирург, на основании этого заключения решил оперировать, но больная не соглашалась на операцию до консультации со специалистом в центре. Выехать сразу не пришлось, и в течение ряда месяцев больная жила с мыслью о язве и неизбежной операции. Ко мне в Москву попала совершенно измученной, сильно похудевшей и нетрудоспособной. Исследование показало, что мы имели случай банальной атонии желудка без всяких подозрений на язву его. Психотерапевтическое воздействие с подробным разъяснением положения вещей избавило больную от желудочных жалоб и вернуло ей трудоспособность.

Случай 2. Два года назад молодая женщина Т., 22 лет, подверглась исследованию рентгеном по поводу желудочного заболевания. Рентгенолог написал ulcus duodeni. Больной была рекомендована строгая диета, которую она соблюдала в течение двух лет, лечилась на курортах. Результатов никаких. Больная боится есть, делать резкие движения. Исследованием обнаружен хронический аппендицит. Операция подтвердила наличие аппендицита и попутно (был сделан специально большой операционный разрез) отсутствие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таких и еще более ярких случаев много у каждого специалиста.

За последнее время, с введением метода рельефа для изучения болезней желудка, заключение о рельефе в рентгеновском протоколе стало вызывать новые своеобразные иатрогении. Я видел недавно инженера, который был в отчаянии от рентгенологического исследования, где рентгенолог на основании рельефа пришел к заключению, что больной страдает атрофическим гастритом. «Меня, — сказал больной, — совсем убил диагноз атрофического процесса в желудке, ведь атрофированный желудок не может переваривать пищу, а главное заключается в том, что то, что атрофировано, не может вновь восстановиться!». Пришлось на основании всей клинической картины дезавуировать найденную рентгенологом атрофию и подробно разъяснить больному, что атрофические процессы могут идти в желудке параллельно с регенеративными и что ничего опасного в данном заболевании нет. Рентгенологическое исследование создало целую гамму новых весьма тяжелых ощущений, новую главу во внутренней картине болезни, в интеллектуальной части ее.

Преобладающее количество таких примеров в обла-

сти заболеваний пищеварительного аппарата вызывается тем, что здесь органическое очень тесно переплетается с функциональным, соматическое с психическим, и правильная оценка рентгенологической картины требует как большой эрудиции, так и овладения довольно сложной техникой исследования желудка и кишечника. Поэтому поверхностное, некритическое рентгенологическое исследование желудка и приносит часто такой большой вред, рождая иатрогении.

Не меньше иатрогенных заболеваний возникает в рентгеновском кабинете при исследовании сердца и больших сосудов, например, при плоскостном измерении их на экране, когда больной считается только с абсолютными цифрами размеров сердечной тени или тени аорты, не учитывая своей конституции. В последнее время я видел случаи, когда больной со слов рентгенолога вкривь и вкось толковал зубцы кимограммы сердца и сосудов и был сильно травмирован неправильной, по его мнению, кимографической картиной сердца. Еще чаще и скорее иатрогения возникает при исследовании легких, когда неосторожное упоминание о спайках, рубцовых втяжениях, петрификации и первичных очагах, увеличении лимфатических, перибронхиальных желез и др. рождает в сознании больного представления о весьма серьезных, разрушительных процессах в легких; ведь больной не знает, что именно всем этим рентгенологическим находкам, как реактивным процессам со стороны легочной ткани и ее мезенхимы, он целиком обязан своим здоровьем, и, может быть, даже своей жизнью. И опять-таки создается новая интеллектуальная внутренняя картина болезни с целым рядом болевых ощущений в грудной клетке на месте спаек, первичных очагов, петрификатов и т. д.

Среди больных встречаются иатрогении, если можно так выразиться, рентгеновского происхождения и особенно вследствие неосторожных заключений рентгенологов, как правило, не считающихся с психикой больных и вовсе незнакомых с концепцией о внутренней картине болезни и о механизмах возникновения ее интеллектуальной части. Можно ли, например, согласиться с диагнозом холецистита, поставленным рентгенологом при обычной рентгеноскопии желудка без холецистографии? Или с бесконечными диагнозами язвы двенадцатиперстной кишки, поставленными только на основании «дефор-

мации» луковицы ее, которая может быть следствием не только органических заболеваний, но и спазмов чисто функционального происхождения, в том числе и психогенного?

Все эти и многочисленные другие случаи неосторожного обращения врачей с психикой больного иллюстрируют положение Гольдшейдера, что бывают люди, которые становятся больными только после «научного» диагноза. Рентгенологическое исследование, повторяю, особенно легко прививает идею несуществующей болезни, и это должны учесть рентгенологи.

Я не буду больше углублять психогенез ряда заболеваний внутренних органов, родившихся в рентгеновском кабинете. Peccatur inter muros! Скажу только, что от рентгенолога благодаря самой ситуации исследования, особенно предрасполагающей к иатрогении, требуется чрезвычайная осторожность как при самом исследовании, так и при составлении протокола. И чем скупее на слова будет рентгенолог в своем кабинете, чем лаконичнее и менее решающим будет протокол, передаваемый на руки больному, тем больше гарантии в том, что рентгенологическое исследование не станет источником иатрогении.

Необходимо коренным образом пересмотреть отношения, создающиеся между лечащим врачом и рентгенологом, с одной стороны, и рентгенологом и больным — с другой. Рентгенолог является консультантом для лечащего врача, но ни в каком случае не для больного. Он обязан поделиться с лечащим врачом выводами своего рентгенологического исследования больного, имеет полное основание и право высказать свои соображения о диагнозе, прогнозе и даже терапии, особенно, например, о необходимости хирургического вмешательства, но не зная ни внутренней картины болезни, ни результатов физикального и лабораторного исследования больного, рентгенолог не должен стремиться подменять лечащего врача. Для больного не существует отдельного рентгенологического и клинического диагноза, такие диагнозы существуют для врачей, а для больного имеется один синтетический диагноз лечащего врача, который несет целиком ответственность за здоровье больного и не должен ни с кем разделять эту ответственность. Поэтому я считаю сепаратные разговоры рентгенолога с больным о сущности его болезни не-

допустимыми и вредными. Рентгенолог обязан говорить с врачом, но не должен говорить с больным, не для того только, чтобы избежать иатрогении, но чтобы не оказывать нового влияния на лечение больного.

Это, разумеется, ни в какой степени не уменьшает ни огромной ценности самого рентгенологического исследования, ни необходимости сигнализировать лечащему врачу о малейших подозрениях на органическое заболевание — на язву и в особенности на рак желудка, но поведение рентгенолога в кабинете требует всегда величайшей осторожности.

Из инструментальных методов исследования источником иатрогении нередко является определение кровяного давления. Я видел немало больных, буквально мучеников своего кровяного давления, ведущих аккуратные записи его со слов целого ряда врачей. Едва ли эти записи и такое частое исследование благоприятно влияют на течение гипертонии. Вне всякого сомнения, цифры кровяного давления играют далеко не последнюю роль в интеллектуальной части внутренней картины болезни, создавая у гипертоников целый ряд субъективных ощущений. Одно дело учесть состояние кровяного давления и совершенно другое — подчинить психику больного показаниям сфигмоманометра. Я припоминаю случай на одном из курортов, когда больная с гипертонией на почве климакса относительно хорошо чувствовала себя и была довольна курортным лечением; во время очередной проверки кровяного давления в специальном кабинете ванного отделения исследующий, правда, молодой врач мимоходом бросил ей: «Как вы живете с таким давлением, выше 200, будьте очень осторожны, у вас могут лопнуть сосуды мозга». Больная в слезах явилась на консультацию, пролежав дома три дня, едва двигаясь, с трудом поднялась на небольшую лестницу поликлиники. Пришлось долго заниматься с больной, прежде чем тяжелое иатрогенное заболевание было ликвидировано, но до конца лечения на курорте больная так и не получила душевного покоя и не оправилась от своей психической травмы. Разумеется, со стороны исследовавшего больную врача произведено было грубое вмешательство в психику больной и сделано это было только потому, что врач не отдавал себе отчета, какое огромное отрицательное влияние на психику могла иметь эта случайно брошенная им фраза.

В последнее время участились случаи иатрогении в результате электрокардиографических исследований и поверхностной информации больных о содержании электрокардиограмм.

Очень депримируют, например, больных сами по себе невинные экстрасистолии, дающие такие очевидные изменения на электрокардиограмме. Это необходимо учесть, особенно, если дело идет о психастениках, у которых нарушение ритма сердечной деятельности встречается очень часто и для которых электрокардиограмма уже сама по себе — источник ипохондрического настроения.

Из приведенных отдельных примеров, число которых может быть значительно увеличено каждым клиницистом и практическим врачом, мы видим, что каждое лабораторное исследование больного (мочи, кала, крови) может при определенной ситуации стать источником сомнений и переживаний, а временами и непосредственной причиной иатрогении, если оно произвольно истолковывается больным или сопровождается неосторожными замечаниями лабораторных работников. За последнее время, в связи с более углубленными биохимическими исследованиями, я видел ряд иатрогенных заболеваний в результате подчеркивания врачом количества, например, билирубина в крови, остаточного азота, даже содержания холестерина в крови и особенно мочевой кислоты, показатели которой так часто упрощенно считаются достаточным основанием для диагноза подагры. Я видел случаи иатрогенного заболевания в результате исследования реакции Людге-Мерца, когда выпадение реакции в ту или иную сторону больной без всякого размышления отождествляет с функцией той или другой эндокринной железы, печени, поджелудочной железы или другого органа. Эти наивно упрощенные, чисто механистические представления об организме, когда из одного факта, оторванного от всей клинической картины болезни, врачи, чаще всего молодые терапевты, склонны делать широко обобщающие выводы о диагнозе и состоянии всего организма, — эти упрощенные представления жадно воспринимаются больными, которые из прессы имеют весьма поверхностные, отрывочные сведения о железах внутренней секреции и о новейших методах активного лечения лизатами, гравиданом и т. д. Не отдавая себе отчета в сложности биологических процессов, больные наслаивают на сенситивную часть своей внутренней кар-

тины болезни целый ряд новых идей и представлений, дают врачу артефакты своих ощущений, с одной стороны, и с другой — испытывают ряд новых ощущений и конфликтов психогенного и часто иатрогенного происхождения.

Все сказанное должны весьма серьезно учитывать врачи и работники лабораторий, рентгеновских кабинетов; все это призывает их к величайшей осторожности и сдержанности при сообщении больному результатов исследования. Я часто слышал заявления от биохимиков, лаборантов и рентгенологов в ответ на свои указания об иатрогении, что больному решительно ничего не было сказано, кроме двух—трех ничего не значащих успокоительных слов. Но изучение этих случаев показывает, что именно эти-то отдельные слова и фразы, оторванные от клинического анализа, и были причиной психической травмы, а подчеркивание патологической, ничего не значащей, по мнению врача, находки и являлось чаще всего источником крупных наслоений на интеллектуальную часть внутренней картины болезни.

Лаборант, биохимик, рентгенолог ни в коем случае не должны считаться техническим аппаратом клиники. Результаты их работы — неотъемлемая и иной раз даже наиболее существенная часть построения анализа болезненных симптомов, но они не должны воздействовать на больного и его психику, так как клинический диагноз в конечном результате должен быть всегда *синтетическим, а не аналитическим*. Ни альбуминурия сама по себе, ни гипербилирубинемия, ни даже повышение остаточного азота в крови, ни ниша в желудке или двенадцатиперстной кишке, ни долихосигма или дивертикул кишечника еще не являются болезнью, и во всяком случае не они сами по себе диктуют поведение врача при диагнозе, прогнозе и терапии.

Все лабораторные факты имеют большое значение только в том случае, если они преломляются в творческой работе клинициста, а потому результаты этих исследований должны быть детально сообщены лечащему врачу, но не передаваться ему через больного. Во всяком случае больной должен быть основательно информирован о том, что ни одно исследование само по себе не гарантирует правильного диагноза. Вот почему совершенно правильно поступают в тех поликлиниках, где не передают историю болезни на руки больному, и

это происходит совсем не потому, что врачи, как древние авгуры, должны облекать непроницаемой тайной свое искусство лечить больного человека. Больной должен знать и происхождение, и сущность своей болезни, но нельзя заменять глубокую разъяснительную работу травмированием психики больного одним, вырванным из сложной клинической картины болезни, фактом, каким важным он ни казался бы врачу, производящему анализ, но не участвующему в синтетической работе, решающей диагноз. Этот большой вопрос о психогенезе отдельных заболеваний внутренних органов в результате упрощенного понимания лабораторных фактов заслуживает большого внимания с точки зрения профилактики иатрогений и должен быть хорошо проработан совместно терапевтами, рентгенологами, лабораторными работниками и деятелями здравоохранения.

Глава VIII. **ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧА КАК ИСТОЧНИК ИАТРОГЕНИИ**

Одним из самых частых источников иатрогении является, однако, не рентгенолог, биохимик или лаборант, а сам лечащий врач, если он не учитывает возможности возникновения иатрогении на всех этапах своего контакта с больным.

Выше мы уже рассмотрели механизмы возникновения иатрогении при первой встрече врача с больным, при собирании анамнеза и при изучении внутренней картины болезни. Но и в дальнейшем примеры негативной психотерапии встречаются в клинике ежедневно. Я остановлюсь на некоторых из них только для иллюстрации высказанных здесь соображений и установок.

Чаще всего приходится видеть больных с иатрогенными заболеваниями пищеварительного аппарата. «Катар желудка», как известно, — одно из самых популярных у населения заболеваний, и многими считается еще до сих пор неизлечимой болезнью, внушающей большую тревогу. Мне приходится почти ежедневно видеть больных, неизменно отвечающих на вопрос, что у него болит: «катар желудка», или «катар кишок», или «колит». Диагноз этот был сообщен больному уже несколькими врачами, между тем, тщательное исследование показывает,

что речь идет о безусловно здоровом желудке или кишечнике, и либо вовсе нет никакого заболевания этих органов, либо имеются функциональные расстройства психогенного происхождения, а нередко и авитаминозы. Больной же месяцами или даже годами соблюдает пресловутую «строгую» диету в виде куриного бульона, сухарей и рубленого мяса, худеет, нервничает и беспрестанно лечит свой мнимый «катар» или «колит».

Если дело идет о кишечнике, то чаще всего этот «катар кишок», дающий основной и единственный симптом — запоры, представляет собой не что иное, как алиментарный запор, вызванный все той же «строгой» диетой и поддерживаемый ситофобией, а часто гипо- или авитаминоз. Он развился у больного психогенно в результате неосторожно высказанного врачом предположения о колите, с представлением о котором у больного крепко связано понятие о тяжелой неизлечимой болезни. Дюбуа очень красочно описывал эти «энтериты», «расширение желудка» и «энтероптозы». «Больные, — говорит он, — чтобы избавиться от страданий, ездят каждый год на воды, живут под строгим режимом, едят только яйца, мясо, рис и протертые овощи, делают промывание кишок и стараются над антисептикой своего кишечного тракта»[1]. Совершенно справедливо считая большинство этих случаев чисто психогенными заболеваниями, которые врачи из любви к техническим терминам назвали «энтеритом», Дюбуа сказал однажды в шутку своей больной: «Нынче такое время, сударыня, что у всякого уважающего себя человека должно быть расширение желудка и энтерит», и эта шутка с правильной психотерапией нередко дает быстро и неожиданно блестящие результаты и восстанавливает здоровье совершенно изнемогающего больного.

Сюда относится и ряд случаев enteritis mucomembranacea, заболевания чаще всего даже не воспалительного, а аллергического происхождения, неправильно трактуемого часто как энтерит и не имеющего даже оснований так называться. Следует указать еще на диагнозы язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, с которыми все чаще и чаще являются теперь больные и которые в большом числе случаев, не имея под собой

[1] Дюбуа. Психоневрозы и их психическое лечение. Спб., 1912, с. 234.

обоснованных данных, вызывают тяжелый психический конфликт, ситофобию, исхудание. На моих глазах не раз эти больные после тщательного исследования убеждались в неверном диагнозе и быстро выздоравливали, переходя на грубую диету. Все зло состоит в том, что врач часто даже и не утверждает, что имеется налицо язва желудка, а только с улыбкой заявляет: «Ну, пустая язвочка желудка», или «Имеется подозрение на язву двенадцатиперстной кишки», не подозревая, что этих замечаний вполне достаточно для того, чтобы у предрасположенного к иатрогении невропатического субъекта создать тяжелую психогенную травму с резко повышенной секрецией желудочного сока. И в доказательство больной показывает вам пачку ничего не говорящих анализов желудочного сока, вкривь и вкось толкуя цифры общей кислотности, «свободной» соляной кислоты, «скрытой» крови и рентгеновские протоколы.

Приведу один из ярких примеров того, как поверхностное знание важнейших клинических фактов может быть опасно для больных, вызывая у них психогенные синдромы в органах пищеварения. В этом отношении шутка и фигуральное выражение врача могут иметь весьма тяжелые последствия.

Я был разбужен рано утром мужем больной Р. с настоятельнейшей просьбой принять ее для оказания неотложной медицинской помощи. В кабинет, еле передвигая ноги, с помощью мужа вошла больная, истощенная женщина, 36 лет, и заявила, что по поводу желудочных болей она обратилась к известному в городе и весьма авторитетному профессору З., который после исследования желудочного сока сказал ей: «У вас умерла желудочная клетка». В доказательство больная привела мне результаты исследования, показавшие, что у нее имеется ахилия. Она не спала несколько ночей, перестала есть и находилась под влиянием идеи «умершей желудочной клетки».

Исследование обнаружило гастроптоз, субацидный гастрит и хронический аппендицит. Больной было разъяснено, что дело идет об очень частом и неопасном заболевании и что желудочная клетка у нее безусловно жива. Вскоре больная освободилась от полученной ею психогенной травмы, впоследствии была оперирована по поводу аппендицита, оказавшегося гнойным, и выздоровела.

Таким образом, неосторожное слово, брошенное авторитетным врачом, вызвало психическую травму, в результате которой по существу неопасное состояние — ахилия — приняло исключительно тяжелое течение.

Сюда относятся также неосторожные заявления врача о «песке в желчном пузыре», который в воображении больного проецируется в целые большие камни пече-

ни, вызывает ряд депримирующих представлений и фиксирует внимание больного на исследовании испражнений, где он ищет эти камни после, например, курортного лечения. Такое внушение о наличии желчных конкрементов неправильно с точки зрения современного патогенеза заболеваний желчных путей, где, как известно, на первом плане стоит не камень, а застой и инфекция, а, с другой стороны, крайне неблагоприятно влияет на течение заболевания, если оно на самом деле имеется. Нам теперь хорошо известно, что именно в происхождении дискинезии желчных путей, лежащей в основе некоторых холецистопатий, немалую роль играет дисгармония вегетативной системы психогенного происхождения.

Какое значение слова авторитетных врачей могут иметь для создания интеллектуальной части внутренней картины болезни, видно из следующего любопытного случая. Больной вышел очень удрученный из кабинета, где состоялась консультация выдающихся врачей по поводу его болезни. На вопрос товарищей о причинах такой депрессии он заявил, что, очевидно, дела его плохи, так как после долгих расспросов врачи пришли к заключению, что у него «нет селезенки». Оказалось, что спор шел о том, можно ли говорить о циррозе печени, и вопрос был решен отрицательно, так как селезенка не прощупывалась и перкуторно не была увеличена. В сознании же больного остался факт, что у него нет селезенки, и это надолго стало причиной тревожных переживаний и болезненных ощущений больного.

Я привел только очень небольшую часть синдромов, возникающих иатрогенно у больных, предрасположенных к заболеванию органов пищеварения, которые мне пришлось наблюдать в течение ряда лет, но и этого вполне достаточно, чтобы показать, какую величайшую осторожность эти факты диктуют врачу, когда он имеет дело с больным, у которого наблюдается расстройство органов пищеварения, — аппарата, находящегося в такой интимной связи с эндокринной и нервной системой и особенно с психикой больного.

У больных с заболеваниями дыхательного аппарата врачи особенно часто повинны в психогенезе симптомов, в основе которых лежит боязнь заболеть туберкулезом легких. Благодаря гигантской санитарно-профилактической работе последних лет, представление о туберкулезе как о неизлечимом, роковом заболевании в известной

мере заменяется трезвым отношением больного к себе, и огромное воспитательное значение диспансеров и других противотуберкулезных учреждений не подлежит никакому сомнению, но все же и в этой работе врачей имеются моменты, помимо их воли, вызывающие иатрогенные заболевания и синдромы. Сюда относится, например, настойчивый совет длительно измерять температуру при едва декомпенсированных процессах в легких, в результате чего все внимание больного сосредоточивается на этом измерении. Колебания в 2—3 десятых градуса, не имеющие ничего общего с самим процессом, вызывают представление об ухудшении туберкулезного процесса, лишая больного сна, аппетита и т. д. Мне неоднократно приходилось простым запрещением измерения температуры восстанавливать нарушенное психическое равновесие и видеть быстрое улучшение общего состояния с повышением веса и с полной компенсацией процесса в легких.

Какая масса больных с фиброзным, хорошо законченным и компенсированным процессом с ужасом на лице заявляет о том, что у них уже «вторая стадия» туберкулеза легких, отмеченная в целой связке санаторных книжек и копий историй болезни, причем они уверены, что все дело только в том, чтобы не появилась роковая «третья стадия».

На примере многих случаев я убеждался, что, говоря больному о процессе в легких, врачи отделываются тем, что бросают ему только фразу о «второй стадии», не учитывая предрасположения больного к невропатии и легкой уязвимости его психики.

Подобные печальные результаты врачебного влияния на туберкулезную больную наблюдались в следующем случае, любезно сообщенном мне профессором К. И. Платоновым (Харьков).

Больная Р., 23 лет, из Донбасса. Обратилась к нам 2/VI 1931 г. в весьма тяжелом угнетенном состоянии. Со слов мужа узнали следующее. Больная страдает туберкулезом легких в течение пяти лет. Была под наблюдением врача в Харькове, куда периодически приезжала и где ей делали поддувания. Относилась к заболеванию спокойно. Процесс протекал благополучно, и самочувствие больной было удовлетворительным. Ее муж получает путевку в Кисловодск. Желая ехать вместе с мужем, она обратилась в местный тубдиспансер, чтобы узнать, не повредит ли ей Кисловодск, причем подчеркнула, что последнее время бацилл Коха у нее в мокроте нет и что она стала прибавлять в весе. Врач на это ответил: «Объяснять тут нечего: туберкулез третьей стадии. То, что

нет палочек и прибавила в весе, роли никакой не играет. Вообще туберкулез неизлечим (!). А если есть свободные деньги, то можно поехать и на курорт». После этих слов, свидетелем которых был муж больной, нам все это сообщивший, больная резко изменилась. Ею овладело тяжелое угнетение, появились мысль о скорой смерти, бессонница, ежедневные рвоты по утрам, пропал аппетит. В течение первых же дней после посещения тубдиспансера поседела крупная прядь волос. Появилось тяготение к самоубийству. Один из местных врачей пытался применить психотерапию и гипноз. Больная не поддавалась гипнозу, психотерапия же в бодрствовании не имела успеха. Убеждения не только не действовали, но еще больше угнетали больную. Она была помещена в психиатрическую больницу, но больше 4 дней не могла там пробыть, так как тяжело реагировала на пребывание в ней. Была у меня с мужем в угнетенном состоянии под влиянием мысли о бесцельности существования при ее форме туберкулеза. «Ведь смерть неизбежна...». Убеждения оказались безрезультатными. В гипнозе успокоить не удалось, так как не удалось вызвать даже слабой дремоты. Она уехала в том же состоянии и вскоре по возвращении домой покончила с собой, оставив записку: «Нужно уметь разговаривать с больным. Туберкулез неизлечим. Так или иначе должна умереть преждевременно. Доктор Н. доказал это».

Мне кажется, что этот печальный случай весьма поучителен, и не только для фтизиатров, особенно, работающих в диспансерах, но и для каждого врача, имеющего дело с туберкулезом и обязанного внушать больным идею о его излечимости. Ведь, несомненно, глубоко прав был Вольтер, утверждавший, что «надежда выздороветь — половина выздоровления», и не менее права была несчастная больная в своей предсмертной записке, что «нужно уметь разговаривать с больными».

Уже á priori можно думать, что значительное число симптомов со стороны сердца и сосудов может быть психогенного, а следовательно, и иатрогенного происхождения, и нет необходимости останавливаться на всем известных фактах влияния слова врача на деятельность сердца и особенно на ритм сердечной деятельности у невротиков. С другой стороны, мы все хорошо знаем, какой панический страх вызывает у больного сомнение в работоспособности его сердца. Вот почему больной так внимательно наблюдает за тем, что написано на лице врача, когда врач выслушивает его сердце, исследует его сосуды. Поэтому со стороны врача при этом исследовании требуется величайшая осторожность и сдержанность.

Бумке правильно отмечает, какие тяжелые иатрогенные состояния больного могут быть вызваны совершенно ненужными и лишенными всякого значения замечаниями врача вроде: «артерии ваши уже твердоваты», «сердчиш-

ко немного жирновато», «сердце у вас маленькое» или «аорта немного расширена». Мне пришлось видеть на одном очень популярном курорте больных с отметками дермографом области сердечного притупления и аорты, когда эти больные перед зеркалом измеряли границы своего сердца и влияние на него бальнеологических процедур. Едва ли это входило в расчеты врачей, отмечавших эти границы сердца, и едва ли вообще это нужно таким образом делать. Сомнительно, чтобы эти записи благоприятно влияли на течение гипертонии. А грудная жаба, о которой так легко говорят некоторые врачи своим больным. Уже старые врачи знали о припадках грудной жабы, вызываемой страхом перед ней, и называли эти припадки «angina pectoris sine angina». В отношении к больным с аорталгией, стенокардическими приступами требуется особенно большая осторожность, особенное внимание к их психике. В первую очередь это относится к невротикам и особенно к женщинам в начале климакса со склонностью к спастическим явлениям со стороны сердца и сосудов. Больше, чем где-нибудь психогенез сердечных симптомов выражен у этих больных.

Мне неоднократно приходилось быть свидетелем тяжелых иатрогенных заболеваний у больных, которым авторитетно заявляли, что они страдают «миокардитом». Как известно, это один из труднейших диагнозов, содержание которого допускает весьма широкое толкование. Мне известно немало таких больных и между ними, что всего тяжелее, немало врачей, когда диагноз миокардита заставлял их все внимание фиксировать на своей сердечной деятельности и делал их совершенно нетрудоспособными. Самым печальным является тот факт, что тщательное исследование, в том числе и электрокардиографическое, часто не обнаруживало у них никаких признаков миокардита и органического заболевания сердца вообще.

Вот случай, сообщенный мне проф. К. И. Платоновым.

Больная М., 29 лет, учительница. В течение 6 мес находится во власти навязчивого страха оставаться в одиночестве из-за боязни внезапно умереть «от расширения сердца». На уроки ходит медленно и с осторожностью, дома большую часть времени проводит в постели, беспрестанно считает свой пульс, плохо, тревожно спит, раздражительна. Причиной этого послужило вот что. Шесть месяцев назад больная поехала к знакомым в Кисловодск отдохнуть и «укрепить нервы». Врач при осмотре нашел увеличенными границы сердца. На вопрос больной: «А что это значит?» последо-

вал в полушутливом тоне ответ: «А это значит, что сердце раздулось, вроде как пузырь». Затем последовал совет «беречь сердце, избегать волнений, не поднимать тяжестей» и т. д. «С этого дня, — говорит больная — я потеряла покой. Мысль, что сердце может лопнуть, как пузырь, меня не покидала. Я сделалась психопаткой, потеряла прежнюю работоспособность, стала сама не своя. Извожу себя и окружающих». В Харьков больная возвратилась полуинвалидом. Навязчивый страх настолько овладел ею, что уверения авторитетных терапевтов не достигали цели, и только психотерапия в гипноидном состоянии быстро освободила больную от ее навязчивого состояния и возвратила ей полностью прежнюю трудоспособность, потерянную на курорте, куда она поехала восстановить ослабевшие силы.

Ю. В. Каннабих обратил внимание на реактивные депрессии психики в результате неосторожного поведения врача, когда речь шла о различных нарушениях сердечно-сосудистой системы, и приводит несколько ярких примеров иатрогенных заболеваний в результате красочных определений врачом состояния сердца. Так, в одном случае больной связывал начало своего заболевания с моментом заявления известного терапевта, к которому он обратился, прежде чем поехать на курорт: «У вас не сердце, а какая-то тряпочка болтается». В течение 6 лет больной носился со своеобразным культом сердца и берег эту «тряпочку», пока Мэкензи не разрушил легенду о тряпочке вместо сердца и заставил его плавать в море и тренироваться. Больной выздоровел.

Наконец, у больных с органическим пороком сердца, вполне компенсированным, мне неоднократно приходилось видеть тяжелые психогенные ухудшения процесса под влиянием исследования «знакомого» молодого врача, подробно информировавшего больного о его сердечных шумах и демонстрировавшего ему свое умение разбираться в сложной музыке сердца.

Насколько неожиданным может быть влияние личности врача на этих больных, ярко иллюстрирует трагический случай, пережитый одним из моих ассистентов.

Больная Г., 35 лет, перенесла 20 лет назад тяжелый острый ревматизм, в результате которого появился эндокардит, приведший больную к сложному пороку сердца, к недостаточности аортальных и митральных клапанов. В течение 12 лет временами наступала небольшая декомпенсация сердца (отеки на ногах, одышка). Больная всегда лечилась у известного клинициста Х., которому только и «доверяла» свое сердце и который на протяжении ряда лет «спасал» ее. Недавно больная под наблюдением д-ра М. перенесла легкий грипп. Несмотря на то что состояние больной было хорошее (температура 36,9—37,1°С, пульс 76—78 в минуту, хорошего наполнения, ритмичный), доктор М. решил все же, прежде чем раз-

решить больной выйти, проконсультироваться с клиницистом Х., хорошо знающим ее сердце. Консультант нашел, что сердечная деятельность не внушает никаких опасений и разрешил больной через день выйти из дома. Уходя, Х. шутя добавил: «Вы можете вообще не беспокоиться о своем сердце — раньше меня не умрете, а если умрем, то вместе». На другой день консультант Х. скоропостижно скончался. Д-р М., срочно вызванный к больной, нашел ее в возбужденном состоянии. На все утешения врача больная отвечала: «Знаю, что должна умереть, слова Х. должны сбыться». У больной пульс был 120 в минуту, появилась аритмия, на следующий день инсульт, к вечеру отек легких, и в ночь больная скончалась.

Не подлежит сомнению, что внезапное ухудшение было результатом не только психической травмы (смерть своего врача), но и тех слов, которые шутя произнес знаменитый клиницист, которому безусловно и целиком доверяла свое больное сердце эта женщина. Это трагическое стечение обстоятельств еще и еще раз напоминает нам, какая величайшая выдержка и осторожность требуются со стороны врача, имеющего в руках такое могучее, но обоюдоострое оружие, как внушение словом.

В смысле прогноза при всех заболеваниях внутренних органов требуется величайшая осторожность, если дело идет о впечатлительных, легко внушаемых больных. Гаупп правильно иллюстрирует как пример отрицательной психотерапии утверждение врача больному, что «через 6 недель вы будете безусловно здоровы», и, что еще хуже, подкрепление этого прогноза честным словом врача.

И у меня лично, в моей практике, и в литературе имеется очень большое количество случаев часто весьма красочных иатрогенных заболеваний различных органов, то более, то менее тяжелых, то вызывающих улыбку врача, как любопытные курьезы, то, как мы видели, влекущие за собой большие опасности и приводящие больных к инвалидности.

Я знаю немало случаев, когда причиной иатрогении и тяжелой депрессии является неосторожное слово не врача, не рентгенолога, не лаборанта, а медицинского персонала — сестры и даже санитарки. Как правило, мы очень мало занимаемся воспитанием наших помощников, и, разумеется, не на сестре и не на санитарке, но на лечащем враче лежит ответственность за каждое их неосторожное слово, вызвавшее иатрогению. Никогда не следует забывать, что и в амбулатории, и в поликлинике, и в приемном покое, и в больничной палате необходимо

с первого же момента обеспечить больному психический покой, являющийся мощным орудием терапии, но орудием вместе с тем обоюдоострым, очень легко превращающимся у невропатических субъектов в негативную психотерапию, если врачи, сестры, санитарки недостаточно дисциплинированы в своем поведении и особенно в речи, недостаточно внимательно относятся к своим словам, мимике и поведению. Каждое, иногда по существу и невинное слово и выражение медицинского работника, очень легко может вызвать у больного массу переживаний и ощущений и в некоторых случаях создать богатую интеллектуальную внутреннюю картину болезни, затрудняя диагноз, а иногда и лечение.

Я хотел бы здесь остановиться еще на одном механизме иатрогений, связанном с работой сестер и особенно в физиотерапевтических кабинетах. Мы еще далеко не точно знаем теоретические обоснования различных физиотерапевтических процедур, но нет никакого сомнения в том, что, действуя через богатую вегетативную сеть рецепторов в коже, они не могут не влиять и на кору мозга. Поэтому физиотерапевтические процедуры необходимо умело сочетать с соответствующей психотерапией. Это ни в какой мере не снижает, как упрощенно думают некоторые физиотерапевты, научную ценность метода, а, наоборот, ставит его на большую высоту комплексного лечения. К сожалению, этого, как правило, не знают и не делают сестры, «отпускающие» физиотерапевтические процедуры в больницах, поликлиниках, что, разумеется, снижает ценность этого прекрасного метода лечения. Но, с другой стороны, врачи, а нередко и сестры идут по линии наименьшего сопротивления и назначают такие невинные, по их мнению, процедуры, как соллюкс, сухие банки или грелки по просьбе больных.

Глава IX. **ПРОФИЛАКТИКА ИАТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Едва ли имеется необходимость увеличивать число примеров иатрогенных заболеваний внутренних органов, чтобы показать, насколько неожиданные и печальные результаты может дать неосторожное поведение каждого врача. Не подлежит никакому сомнению, что негатив-

ная психотерапия, вызывающая иатрогенные синдромы и заболевания, проводится врачом, так сказать, bona fide, без учета возможных последствий и чаще всего без всякого даже желания оказать на больного психотерапевтическое воздействие. Тем не менее личность врача играет здесь огромную роль, и если при правильной психотерапии мы имеем бесчисленные примеры благоприятного, временами чудодейственного влияния личности врача на течение и исход заболевания, то негативная психотерапия может принести не только существенный вред больному, ухудшая течение и исход болезни, но врач при этом невольно участвует в психогенезе, в происхождении самого синдрома или даже заболевания. Если мы во всех остальных наших терапевтических методах ставим во главу угла старый принцип медицины: noli nocere, то применение этого принципа в значительно большей мере требуется тогда, когда не только слова, но и все поведение врача являются могучим орудием влияния на больного и на течение его болезни.

К сожалению, надо признать, что врачи, как правило, очень легко относятся к случаям иатрогении, которая вызывает с их стороны чаще снисходительную улыбку, чем серьезное изучение. Я не слышал ни разу, чтобы в терапевтических обществах и даже на клинических и больничных конференциях эти врачебные ошибки подвергались обсуждению в порядке самокритики. До сих пор почему-то считается неэтичным говорить об ошибке врача, являющегося, правда, невольно источником и причиной иатрогенного заболевания у данного больного, об ошибке врача, разумеется, не имеющего даже и представления о последствиях своей неосторожности и, может быть, продолжающего шутя и незаметно для самого себя травмировать больных. Такое легкое отношение к случаям иатрогении не оправдывается ничем, кроме архаической и кастовой этики врачей, работающих в капиталистических странах, — этики, являющейся совершенно неприемлемой для советского врача, работающего в коллективе, который именно в интересах чуткого отношения к товарищу—врачу обязан своевременно вскрывать эти невольные его ошибки.

Ведь глубоко прав был известный хирург Бильрот, когда говорил: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказываться о совершенных ими ошибках. Кто чувствует в себе

силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед сознанием своей ошибки».

Мы не должны и не можем полагаться только на природный такт и ум врача. Необходимо тщательно изучать эти иатрогенные заболевания, не скрывать от себя и от товарищей—врачей случаи, где негативная психотерапия имела место. Необходимо учиться на этих невольных врачебных ошибках, тем более простительных, что, как мы видели, врач проводит лечение, порой не отдавая себе отчета в силе своего влияния на организм больного как единое психофизическое целое. Речь идет, разумеется, не только об иатрогении и даже, что значительно чаще, о привитии больному и д е и о б о л е з н и, а о значительно более важной проблеме соотношений соматики и психики в клинике внутренних болезней. Жизнь научила нас, что самое детальное изучение соматических процессов новейшими тончайшими методами современной техники без учета деятельности психических закономерностей и влияний приводит к крупнейшим ошибкам и в диагностике, и в терапии. Как показала война, понимание многих заболеваний внутренних органов, как психосоматических, выводит нас из тупиков патогенеза и из дебрей наивной локалистической терапии. Лучшим примером этого является эволюция учения о язвенной болезни, учение о гипертонии и т. д.

Вот почему на учение о внутренней картине болезни я смотрю также как на начало новых путей современной клиники внутренних болезней по освоению психосоматических заболеваний.

С другой стороны, необходимо серьезно задуматься над вопросом воспитания новых поколений врачей под знаком изучения психики человека как могучего фактора, влияющего на важнейшие нормальные и патологические процессы нашего организма, а также научить врачей применять психотерапию.

Механизмы иатрогений слагаются из целого ряда психофизиологических процессов. Они еще совершенно не изучены именно потому, что, как и во времена Платона, до сих пор еще делят врачей на врачей тела и врачей души, тогда как мы видели, что по существу одно совершенно неотделимо от другого.

Слово врача — могучее орудие воздействия на больного, но если оно воспринимается больным неправильно,

то оно вызывает огромные интеллектуальные наслоения на сензитивную часть внутренней картины болезни. Между тем эта сфера влияния врача на больного совершенно не изучена и целиком находится еще в области эмпирии. Гаупп несомненно прав, когда говорит, что никто из нас точно не знает во всех случаях, что и сколько из того, что назначается и прописывается больному, по существу является результатом воздействия на его психику.

Начиная с древнейших времен, лучшие врачи эмпирически без всякого современного научного обоснования знали об этом огромном значении слова врача как терапевтического фактора. Уже за два тысячелетия до нашей эры древнейшая медицина Ирана, говоря о методах лечения человека, выставила положение: «Три орудия есть у врача: слово, растения и нож». Таким образом, из трех путей воздействия на больного — психотерапевтического, медикаментозного и хирургического — в те отдаленные времена слово врача ставилось на первое место.

В средние века великий реформатор и революционер врач Парацельз (1493—1541) учил: «Therapia est in herbis, verbis et lapidibus» (существо лечения сводится к травам, словам и камню), отводя слову врача в деле лечения даже более почетное место, чем открытым им же лечебным свойствам минералов.

В эпоху грубо материалистического и локалистического мышления в медицине внимание врачей было надолго отвлечено от психики больного человека. Останавливаясь очень подробно на давно известном врачам всех времен влиянии психики на соматические процессы и приводя огромную мировую литературу, один из крупнейших русских клиницистов В. А. Манассеин еще в 1876 г. выпустил большую работу, посвященную проблеме психосоматики в клинике[1]. Он начинает ее так: «В руководствах общей терапии, как устарелых, так и современных, немало есть вопросов, находящихся в полном загоне; из этих вопросов едва ли не самая худшая доля выпала на вопрос о психическом лечении болезней». Надо, к сожалению, признать, что за истекшие почти 70 лет психотерапия внутренних болезней не изменилась к лучшему и что в наши дни слова Манассеина не толь-

[1] Манассеин В. А. Материалы для вопроса об этиологическом и терапевтическом значении психических влияний. Спб., 1876.

ко не потеряли своей значимости, но получили весьма солидное научное обоснование и со стороны физиологов, и со стороны клиницистов. Если это относится целиком к весьма эффективной позитивной психотерапии, то именно иатрогения в результате негативной психотерапии и является лучшим доказательством недооценки психологического контакта врача с больным, диктующим необходимость изучать механизмы этого могучего воздействия на патологические процессы в соматике больного человека.

«Без психотерапии, — говорит Циген,—можно только починить сапоги или прививать растения, но ни в коем случае нельзя лечить такой чувствительный организм, каким является человек и каким никак нельзя себе иначе представлять его». Мы видим, как совершенно независимо от желания и воли врача психотерапия, сопровождающая каждый лечебный метод как мощная антропотерапия, легко может стать важнейшим фактором в психогенезе отдельных симптомов сложнейшей внутренней картины болезни. Вот почему надо не только предостерегать врачей от увеличения числа иатрогенных заболеваний, но, что не менее существенно, настойчиво призывать врачей к совместному изучению механизмов иатрогении. Это — задача клиницистов и психологов, задача нелегкая, но чрезвычайно актуальная как по своему теоретическому научному значению, так и практически по той роли, которую иатрогенные заболевания играют в медицине.

Уже на школьной скамье, как только студент сталкивается с больным, необходимо не только воспитать в нем величайшую осторожность в отношении психики больного, но также дать ему научное обоснование необходимости осторожного обращения с психикой больного на всех этапах его деятельности. Он должен увидеть демонстративные случаи иатрогении с тем, чтобы научиться на них, как избежать в своей практической деятельности этих невольных ошибок. Внимание новых поколений врачей еще в очень незначительной степени фиксируется на поведении их в отношении больного, диктуемом высоким положением человека, которому доверено самое лучшее, самое ценное — здоровье и жизнь другого человека.

Как часто на обходах в клинике мы наблюдаем неосторожное отношение врачей, иногда даже очень квали-

фицированных, к психике больных, в одних случаях только травмирующее больного, а в других—являющееся у них источником иатрогении.

Вопросы иатрогении должны освещаться на курсах усовершенствования врачей, причем здесь необходимо заострять внимание врачей на психогенезе ряда заболеваний. Лучший способ — это научить врача методике систематического изучения внутренней картины болезни, что попутно вскроет механизмы возникновения иатрогений, а также научит слушателя избегать их.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учение о внутренней картине болезни, оправдавшееся на моем многолетнем опыте, получает все большее экспериментальное обоснование со стороны физиологов. «Тот материал, который получен в павловских лабораториях, и тот, что смогли представить мы, — говорит в конце своей книги К. М. Быков, — есть, конечно, еще весьма малая часть обширной области изучения „внутренней" картины болезни, о которой говорит Р. А. Лурия. Тем более такое положение обязывает исследовательскую мысль проникнуть в эту область, доселе неизвестную, потому что сейчас нельзя больше разрывать две стороны одной и той же проблемы — взаимоотношений соматики и психики».

Учение о внутренней картине болезни и учение об иатрогенных заболеваниях, как мы видим, очень тесно связаны друг с другом. Исходя из монистического представления об организме, объясняющего неразрывную связь психических и соматических процессов, и из современных данных о влиянии психических раздражений на течение вегетативных процессов организма, необходимо отдавать изучению внутренней картины болезни и иатрогении значительно больше времени и внимания, чем это делается до сих пор. Этого требуют как интересы больного, так и интересы здравоохранения. Огромное число больных иатрогенными травмами заполняют наши амбулатории и поликлиники и нередко переходят из одной больницы в другую с самыми запутанными диагнозами, с бесчисленными, противоречащими друг другу анализами и рентгеновскими протоколами, составляя контингент больных, наименее благодарный для стационара. И нередко весь смысл пребывания такого больного в стацио-

наре сводится целиком к расшифровыванию психогенеза его заболевания. Разумеется, для этого необходимо проводить плановую и длительную работу, не ограничиваясь такими трафаретными, ничего не говорящими диагнозами, как неврастения, психопатия, истерия или невроз того или иного органа или вегетативный невроз.

Синтетическому мышлению врача, в результате которого создается диагноз, предшествуют две стадии аналитической его работы: изучение *внутренней* и *внешней* картины болезни. В отношении первой стадии задача распадается на анализ действительных ощущений больного, что является содержанием сензитивной части внутренней картины болезни, и на определение того, что составляет интеллектуальную часть ее, в области внутренней медицины имеющую меньше значения для диагноза. Результаты, полученные при анализе внешней картины болезни, должны сопоставляться, разумеется, только с первой — сензитивной частью внутренней картины болезни. Здесь-то сплошь да рядом и получаются большие расхождения, почему диагноз врача ни в коем случае нельзя считать простым механическим сложением субъективных и объективных симптомов болезни.

Нельзя поэтому исследовать оторванно друг от друга внутреннюю и внешнюю картину болезни, как это, к сожалению, часто делают. Внутреннее и внешнее нужно всегда рассматривать как сплетение одного с другим. «Это непрестанная систола и диастола», говорил Гете, а потому искусство современного врача в диагностике и лечении больного человека и состоит в том, чтобы гармонически на началах современного медицинского мышления уметь сочетать состояние внутреннего мира больного с результатами анализа объективных фактов.

Синтетический диагноз болезни составляет поэтому весьма сложную творческую работу, требующую от врача и большого знания теории медицины, и не меньшего практического опыта.

Само собой разумеется, что чем дальше зашел в своей эволюции болезненный процесс, тем меньше, как правило, будут расхождения между внешней и внутренней картиной болезни, и, наоборот, они будут особенно выражены при *ранних* формах заболеваний.

Современное состояние нашей науки и основные задачи советского здравоохранения ставят перед терапевтом проблему поднять на новую, высшую ступень диа-

гноз ранних стадий заболеваний. Вместе с тем они диктуют необходимость, наряду с овладением техникой новейших объективных методов исследования и упорным поиском новых путей определения функциональной патологии внутренних органов, перестроить всю работу по изучению внутренней картины болезни, по собиранию анамнеза и status subjectivus своего больного.

Именно иатрогения и представляет большие трудности, когда речь идет о распознавании ранних форм заболеваний внутренних органов, потому что так же как для иатрогении основным моментом, характерным для ранних стадий болезни, является расхождение между внутренней картиной болезни и результатами физического, а иногда лабораторного исследования больного. Умение разобраться во внутренней картине болезни, умение распознать, что относится к сензитивной ее части и имеет конкретное обоснование в органических или функциональных патологических отклонениях, и вместе с тем умение отличить особенности интеллектуальной части этой картины, не имеющей под собой реального и конкретного субстрата в организме, — вот задача современного терапевта. Задача эта, надо сказать, нелегкая и весьма ответственная.

Если содержание сензитивной части внутренней картины болезни зависит во многом от генотипических особенностей, нервно-эндокринного статуса и главным образом от морфологических и функциональных процессов в отдельных органах и системах органов, то интеллектуальная часть ее значительно сложнее и во многом зависит от влияния на больного врача и его помощников, от идей и представлений, привитых больному во время его исследования и контакта с медицинским миром. Не надо забывать, что чаще всего сам лечащий врач не может распознать иатрогении и психогенеза тех или иных симптомов у своего больного. Они распознаются, как правило, другим врачом и тем легче, чем больше труда и времени он отдаст изучению внутренней картины болезни больного.

Огромный контингент амбулаторных больных должен быть изучен со стороны своей внутренней картины болезни значительно глубже и внимательнее, чем это имеет место в настоящее время. Необходимо перестроить самую методику исследования больного, необходимо воспитывать у молодых терапевтов умелое, дисциплини-

рованное, плановое исследование больных и вести борьбу с упрощенчеством, с механистическим мышлением, с пренебрежением к методическому исследованию жалоб больного, его переживаний. Необходимо именно в ранних стадиях болезни изучать психогенез целого ряда симптомов.

Хорошо известное уже античным врачам влияние психики и роль ее в происхождении, течении и лечении болезней было отодвинуто далеко на задний план локалистическим направлением медицины прошлого столетия и начала XX века в результате успехов анатомо-морфологического и экспериментального методов. Это в значительной мере, как мы видели, увело врача от изучения психики больного человека и привело даже к пренебрежению ею. Однако эволюция медицинских знаний именно экспериментальным методом и достижения физиологии, в которых ведущую роль играют труды советских ученых, привели к научному обоснованию уже давно известных психосоматических корреляций. Возникло мощное учение о психосоматических заболеваниях. К старым бесчисленным данным о роли психики в происхождении, течении и лечении многих заболеваний война добавила бесконечный ряд фактов о роли эмоционального фактора в клинике внутренних (и не только внутренних) болезней. Нет никакого сомнения в том, что этим открывается новая и весьма существенная глава патогенеза, симптоматики, прогноза и терапии внутренних болезней.

Учение о внутренней картине болезни, на мой взгляд, является совершенно необходимой предпосылкой для правильного понимания и изучения психосоматических заболеваний, их патогенеза, а следовательно, и рациональной терапии ряда важнейших болезней. Естественно, что правильное методическое исследование больного с изучением внутренней картины болезни является необходимым условием не только правильного диагноза, но и правильного лечения большой группы психосоматических заболеваний.

Таким образом концепция о внутренней картине болезней открывает в клинике новые перспективы и поэтому заслуживает пристального внимания и клиницистов и практических врачей.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИБ № 116

ЛУРИЯ РОМАН АЛЬБЕРТОВИЧ

Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания

Редактор **С. В. Нарина**
Художественный редактор **О. Л. Лозовская**
Технический редактор **Н. В. Лехачёва**
Корректор **Т. Р. Осипова**
Обложка художника **А. В. Шиловской**

Сдано в набор 30/XI—76 г. Подписано к печати 31/XII—76 г.
Формат бумаги 84×108 1/32 3,50 печ. л.
(условных 5,88 л.) 6,28 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2
Тираж 15 000 экз. МН-74 Цена 39 коп.

Издательство «Медицина». Москва. Петроверигский пер., 6/8
Заказ № 1763. Типография № 32 Союзполиграфпрома
Государственного комитета Совета Министров СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
Москва, К-51, Цветной бульвар, 26

[redacted]

39 коп.

«МЕДИЦИНА» 1977